

GENERAL LIBRARY  
JUN 24 1919  
UNIV. OF MICH.

# ANNALES DE DERMATOLOGIE & SYPHILIGRAPHIE

FONDEES PAR A. DOYON.

CINQUIÈME SÉRIE

PUBLIÉE PAR

**L. BROCO**

Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

**G. THIBERGE**

Médecin de l'hôpital Saint-Louis.  
Membre de l'Académie de Médecine

**J. DARIER**

Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

**H. HALLOPEAU**

Médecin honoraire de l'hôpital Saint-Louis,  
Membre de l'Académie de médecine.

**W. DUBREUILH**

Professeur à la Faculté de Bordeaux.

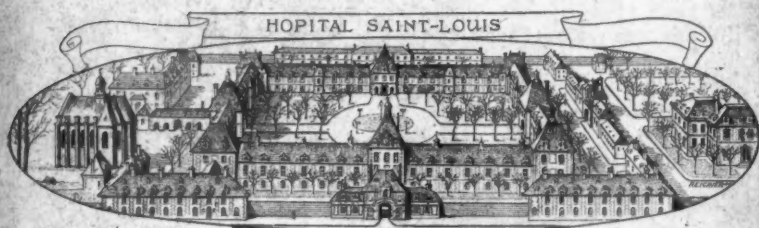
**CH. AUDRY**

Professeur à la Faculté de Toulouse.

SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION

**P. RAVAUT**

Médecin des hôpitaux de Paris.



TOME VII. — N° 4.

MASSON ET C<sup>ie</sup>, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

*Ce numéro a été publié  
en mai 1919.*

Prière d'adresser tout ce qui concerne la rédaction  
au Dr Paul RAVAUT, secrétaire de la Rédaction,  
5, rue de Rigny, Paris.

Les abonnements sont reçus pour le tome VII (à paraître en 1918 et 1919),

France: 32 fr.; Étranger: 34 fr.

# SAPO-CRÈME

CRÈME DE SAPOLAN  
rafraichissante antiprurigineuse  
50 0/0 d'hydrolats

## SAPO-CADE

Huile de cade vraie et Sapolan

Séborrhées, Impétigo,  
Psoriasis, Prurits,  
Eczémas,  
Lichens.

# SAPOLAN

SPÉCIFIQUE des PRURITS - ECZÉMAS, etc

## LAIT

900/0 d'eau  
CONTRE ROUGEURS  
ET GERÇURES

## SAVON-POUDRE

LE SAPOLAN s'emploie PUR  
ou comme EXCIPIENT, en pommades  
ou crèmes, il se fait NOIR ou BLANC  
Prescrit avec succès par les Drs Mracek,  
Spiegler, Kreibich, Kaposi,  
Lassar, Unna et dans les hôpitaux de Paris et de province.

ÉCHANT<sup>ms</sup>. VENTE EN GROS. CORRÉSP<sup>ms</sup>: CAVAILLÈS  
269, Boul<sup>e</sup> Saint-Denis, COURBEVOIE (Seine)  
Dépôt: Pharmacie, 9, rue 4-Septembre, Paris et Ph<sup>ies</sup>

**VALÉRIANE** liquide de **L. PACHAUT**  
La plus efficace des Préparations de Valériane. — La plus facilement acceptée par les Malades.  
DE 1 A 6 CUILLERÉES A CAFÉ PAR JOUR. — EN VENTE DANS TOUTES LES PHARMACIES.



b  
d

c  
r  
b  
t  
c  
v  
o

l  
r  
d  
ti  
n

la  
r  
r  
d  
p  
la

g  
o  
p  
v  
n

d  
a  
d  
q  
e  
t



## TRAVAUX ORIGINAUX

---

### LA KÉRATOSE BLENNORRHAGIQUE

par M. F. Trémolières,  
Médecin des Hôpitaux de Paris.

Depuis que quelques auteurs ont attiré l'attention sur la kératose blennorrhagique, les publications relatives à cette dermatose sont devenues chaque année plus fréquentes.

C'est en 1890 que mon regretté maître L. JACQUET, remarquant des croûtes cornées sur la peau d'un malade atteint de rhumatisme blennorrhagique, reconnut le premier le rapport clinique existant entre la blennorrhagie, les troubles articulaires et l'éruption cutanée. Le malade, tout d'abord soigné dans le service d'E. Vidal pour une « syphilis cornée » et soumis au traitement spécifique, passa ensuite dans le service de Besnier, suppléé par M. Brocq; celui-ci, soupçonnant une origine trophique aux troubles cutanés, fit appliquer à la région dorso-lombaire une série de pointes de feu. Sur ces entrefaites, L. JACQUET remplaça M. Brocq; portant le diagnostic de blennorrhagie compliquée de rhumatisme et de troubles cutanés et rattachant ceux-ci à une irritation médullaire d'origine blennorrhagique, il fit suspendre le traitement mercuriel et traiter le malade par l'hydrothérapie : les troubles articulaires et cutanés disparurent assez rapidement. Deux ans après, le malade rentra de nouveau dans le service de Vidal pour une récurrence blennorrhagique avec arthropathies et éruption cutanée semblable à la précédente; c'est alors que, adoptant le diagnostic de L. Jacquet, Vidal publia son observation, en mentionnant en quelques brefs commentaires la dermatose comme « manifestation directe de l'infection blennorrhagique au même titre que la polyarthrite ». Depuis cette époque, diverses observations de cornes cutanées d'origine blennorrhagique ont été publiées, les premières par MM. Jeanselme, Jacquet et Ghika, les suivantes par M. Chauffard et ses élèves Froin et N. Fiessinger, par MM. Lannois, Malherbe, Rivet et Bricout, Gougerot et Meaux-Saint-Marc, et par divers dermatologistes étrangers. D'abord rares et dues aux mêmes auteurs, elles sont devenues plus fréquentes à mesure que l'existence de l'affection était plus connue; aujourd'hui on en peut compter une quarantaine. Les travaux de L. Jacquet, et ceux de MM. Chauffard, Froin et N. Fiessinger ont beaucoup contribué à dégager les principaux caractères de cette curieuse complication de la blennorrhagie.

C'est presque toujours dans les *blennorrhagies graves et compliquées* qu'apparaît l'éruption kératosique : la plupart des auteurs signalent l'anémie extrême, l'amaigrissement, la cachexie des malades ; des arthropathies constamment, et, souvent, la fièvre vive, la diarrhée, des lésions rénales et cardio-aortique, dénoncent la septicémie gonococcique. Le rhumatisme, en particulier, est si étroitement lié à la blennorrhagie et à la dermatose kératique que L. JACQUET a pu faire de ces trois éléments étroitement subordonnés les trois termes d'un véritable syndrome.

Au cours ou plus souvent *au déclin* de l'infection blennorrhagique, l'éruption se manifeste en certains points du tégument et tantôt s'y limite, tantôt se généralise en se répartissant de façon plus ou moins symétrique. Elle se localise électivement sur les régions plantaires, les orteils, autour des matrices unguéales, sur les chevilles et le bas des jambes, occupant, en somme, toute la hauteur des chaussettes ; mais elle peut envahir les genoux, les cuisses, les paumes et le dos des mains, se disséminer sur la tête, la face, le tronc, et s'étendre jusqu'au gland et au fourreau de la verge.

En ces diverses régions, la kératose blennorrhagique affecte trois formes, souvent contemporaines : la *papule cornée* isolée, les *cornes convergentes* et la *semelle plantaire* (Chauffard et Froin).

On constate tout d'abord, d'ordinaire sur la face dorsale du pied et du gros orteil, « de petites papules nettement arrondies qui portent à leur centre une petite élévation conique, dure et cornée » ; le doigt perçoit souvent leur relief mieux que l'œil ne le voit. Bientôt ces éléments s'élèvent, deviennent plus saillants ; leur cône corné prend un aspect cuivré et une zone congestive entoure la production kératosique. L'aspect général très caractéristique revêt alors la forme d'une cocarde : zone congestive périphérique, puis zone blanchâtre de desquamation en masse, enfin, au centre, cône corné jaunâtre ».

En certains points, ces éléments convergent en nappes plus ou moins étendues, dont les cimes, tantôt acuminées, tantôt arrondies, sont cornées, d'un jaune plus ou moins cuivré, et prennent sous des reflets lumineux un aspect verni.

Aux plantes des pieds, les placards cornés *symétriques*, de volume considérable, constituent de véritables semelles fissurées, crevassées, se détachant en squames très larges et très épaisses où proéminent par places des saillies très régulièrement coniques, à sommet un peu émoussé, comparables par leur forme et leur dimension à un clou conique de tapissier (L. Jacquet) ; ces saillies cornées, tassées les unes contre les autres, dessinent des mamelons à sommet double, triple ou

même quadruple, donnant en miniature l'impression d'un massif montagneux à sommets multiples comme ceux d'une carte géographique en relief (L. Jacquet).

Vient-on, par des applications humides, à ramollir l'épiderme, on peut enlever facilement une des cornes et étudier, comme l'a fait L. Jacquet, sa structure et sa genèse. Chaque corne ainsi détachée est creuse : par sa base, elle se continue insensiblement avec l'épiderme de la plante du pied, que l'on enlève avec elle par larges lambeaux ; elle est formée par une lame cornée mince à la base, beaucoup plus épaisse vers le sommet ; la portion des téguments qu'elle recouvre présente une saillie mamelonnée, légèrement humide, hérissée de petites éleveures très fines, d'un blanc nacré et qui sont des papilles hypertrophiées recouvertes d'une mince couche d'épiderme : la corne ne représente que les couches les plus superficielles de cette hypertrophie dermique et épidermique, séparées des couches sus-jacentes au cours de la stratification.

Tandis que les proliférations cornées sont indolores et insensibles, au niveau de la saillie mamelonnée papillaire et de la zone cutanée qui l'entoure, la sensibilité est exquise.

Les ongles peuvent être aussi atteints ; ils sont alors déformés, épaissis, souvent réduits à l'état de masse cornée, irrégulièrement striée, opaque, brunâtre et qui ne tarde pas à se détacher en mettant à nu le derme sous-unguéal saignant et papillomateux (L. Jacquet).

L'intensité et la rapidité du processus kératosique impriment parfois à l'éruption un caractère particulier : il semble, alors, que plus la lésion s'est formée vite, plus elle se rapproche de la croûte et prend l'aspect séborrhéique ; mais, sur le même sujet, on peut constater, entre les formations croûteuses et les cornes typiques tous les intermédiaires (L. Jacquet). On a décrit aussi de véritables éruptions rupioïdes. Ce ne sont là que des différences d'évolution et non de nature.

L'évolution des kératoses blennorrhagiques se fait par éruptions successives de petits foyers locaux rapprochés sur le même segment du corps ou répartis en divers points du tégument, sans que des variations parallèles s'observent dans les allures de l'infection urétrale ou de ses complications articulaires. Les poussées peuvent se répéter pendant un, deux ou trois mois. Peu à peu, les croûtelles de kératose se dessèchent et tombent en découvrant un jeune épiderme rosé et brillant ; une légère pigmentation marque la place de l'éruption, qui finit par s'effacer complètement. On a vu souvent la dermatose récidiver à chaque nouvelle blennorrhagie.

Quant aux arthropathies dont souffrent constamment les blennorrhagiques atteints de kératose, elles sont presque toujours nombreuses, douloureuses, intenses ; parfois cependant, elles peuvent être légères, de forme purement arthralgique. Mais M. Chauffard a fait remarquer

que, même dans leur mode le plus grave, elles n'ont, en général, aucune tendance à l'ankylose, ni même aux adhérences fibreuses et se résolvent assez complètement ; la talalgie qui les accompagne souvent est plus tenace ; la calcanéite ossifiante qui n'en est, comme l'a démontré L. Jacquet, que le substratum anatomique, se traduit à l'œil par une hyperostose talaire qui ne rétrocede pas, mais peut, sous l'action d'un traitement approprié, cesser d'être douloureuse.

Enfin, à mesure que les troubles urétraux, articulaires et cutanés rétrocedent, l'état de dénutrition cachectisante, dont une des causes serait, pour Chauffard, l'existence d'énormes paroxysmes azoturiques, s'améliore : le malade revient peu à peu à la santé ; mais souvent une récurrence de blennorrhagie fait reparaitre à la fois les arthropathies, les cornes cutanées et la cachexie.

\*  
\* \*

*Anatomie pathologique.* — La structure des formations kératosiques et leur histogenèse ont été surtout étudiées par M. Chauffard.

M. Sabouraud, examinant au microscope les productions cornées du premier cas diagnostiqué par L. Jacquet et publié par Vidal, avait constaté qu'elles étaient formées par une stratification de couches épidermiques cornées.

En 1897, M. Chauffard étudia par biopsie, la partie charnue sous-jacente aux cônes cornés ; il n'y vit rien de caractéristique, ni de profond, mais seulement des lésions de dermite papillaire superficielle, résolutive, accompagnée surtout d'hyperactivité formatrice et kératinisante de l'épithélium malpighien. Le stratum granulosum disparaît sur toute l'étendue de la lésion.

Des leucocytes, polynucléaires et « mastzellen », prennent aux formations cornées une part importante, mise en évidence par MM. Chauffard et Froin : ils dissocient la couche malpighienne, et, rétractés, dissociés, momifiés, s'étagent entre les couches de cellules modifiées qui la surmontent ; par la suite, l'infiltration leucocytaire s'atténue, la couche à éléidine reparait, des cellules cornées normales se reforment, repoussant les cellules épidermiques dégénérées.

Ces cellules ne sont pas véritablement cornées : ce sont des cellules parakératosiques, et la lésion à laquelle elles participent serait plus justement nommée « dermatite papillaire parakératosique » que corne ou kyperkératose. Mais si cette distinction histologique est légitime, la dénomination clinique de *kératose blennorrhagique* est devenue courante et doit être conservée.

\*  
\* \*

*Pathogénie.* — Comment cette singulière éruption cornée se déve

loppe-t-elle au cours de la blennorrhagie? A. — Elle est spéciale à l'infection gonococcique; mais dans aucun cas l'on n'a pu retrouver le gonocoque dans les lésions. Aussi comprend-on que L. Jacquet ait discerné dans cette dermatose, comme dans certaines formes d'arthropathies, l'intervention du système nerveux. *Cette théorie trophonévrotique* est fondée sur l'existence, chez les blennorrhagiques atteints à la fois de rhumatisme et de kératose, d'amyotrophies, de modifications des réflexes, de zones d'hyperesthésie cutanée, tous symptômes révélant une altération médullaire; la disposition souvent symétrique de l'éruption, son analogie avec certaines dermatoses manifestement liées à des troubles nerveux, tels que la kératodermie symétrique des extrémités, l'efficacité de l'hydrothérapie froide, étayent encore cette hypothèse pathogénique.

Il est donc vraisemblable que le système nerveux prend une part importante à la production de la lésion cutanée aussi bien que des arthropathies. Il ne s'agit pas d'un réflexe parti des articulations malades, bien hypothétique d'ailleurs, ni d'une polynevrite, car les réflexes tendineux sont exagérés et non supprimés: la moelle, irritée, non par le microbe, mais par ses toxines, plutôt modifiée dans son pouvoir trophique qu'altérée dans sa structure, serait l'intermédiaire nécessaire entre la blennorrhagie et la *dystrophie tégumentaire*.

Mais toutes les observations ne mentionnent pas ces indices d'altération nerveuse, et la ponction lombaire, quand elle a pu être pratiquée, a révélé presque toujours l'intégrité du liquide céphalo-rachidien, par conséquent des centres médullaires; cependant, Lévy-Franckel a récemment constaté dans un cas de kératose intéressant les plantes des pieds, les cuisses et le gland, l'existence d'une lymphocytose rachidienne discrète.

B. — Si les preuves de l'altération nerveuse font assez souvent défaut, au contraire, presque tous les blennorrhagiens kératosiques, anémiques, cachectiques, atteints d'ophtalmies aiguës, d'orchite, de néphrite, de lésions cardio-aortiques, sont manifestement en état de septicémie gonococcique; les arthropathies dont ils souffrent ne sont elles-mêmes que les localisations articulaires du gonocoque charrié par le sang. Aussi, comme M. Chauffard l'avait déjà annoncé en 1897, semble-t-il que l'on doive attribuer la production des cornes cutanées à l'« intensité même de la virulence blennorrhagique ».

Roak (cité par Lévy-Franckel) aurait retrouvé par culture le gonocoque dans les lésions kératosiques; mais les autres auteurs ne l'y ont jamais constaté; il peut d'ailleurs y être rare et difficile à mettre en évidence.

Mais MM. Chauffard et N. Fiessinger ont fourni la preuve expérimentale de la *théorie infectieuse*: en déposant sur des points abrasés de l'épiderme, le suc légèrement rosé exsudé du derme recouvert par une production cornée, ils ont reproduit des lésions identiques,



au double point de vue macroscopique et microscopique, aux éléments spontanés de la kératose blennorrhagique.

Dans l'observation de MM. A. Robin et N. Fiessinger, la greffe de petites lésions cornées au-dessus du méat d'où suintait le pus gonococcique équivalait à la reproduction expérimentale.

Ce dernier exemple permet de saisir une des raisons pour lesquelles le gonocoque se fixe en certains points des téguments : la mauvaise hygiène de la peau, la macération des cellules protectrices, les frottements et contacts traumatisants et septiques longtemps prolongés, facilitent sa localisation. C'est sur les jambes et les pieds particulièrement immobilisés par les arthropathies, macérés par la sueur et les ingrédients thérapeutiques dans les enveloppements ouatés, que prédominent les éléments de la kératose; chez un malade de MM. Chauffard et Fiessinger, c'est après le port de chaussettes en caoutchouc qu'apparaissent les lésions cutanées. Le sujet de MM. Robin et Fiessinger, dont l'éruption prédominait aux mains et chez qui les auteurs n'avaient pu relever aucune cause localisatrice, était un cultivateur qui maniait des artichauts, plante connue, d'après ce qu'il déclarait lui-même, pour produire des irritations cutanées.

Peut-être aussi faut-il tenir compte dans certains cas, surtout dans ceux où l'infection paraît légère, d'une prédisposition de la peau aux formations cornées : le malade de MM. Rivet et Bricout avait, avant sa blennorrhagie, d'énormes durillons de la plante des pieds et présentait dès son entrée un épaissement notable de l'épiderme plantaire qui faisait prévoir et guetter l'apparition de la kératose.

Ainsi, blennorrhagie le plus souvent grave, avec manifestations multiples et particulièrement articulaires de septicémie gonococcique, — prédisposition foncière (tendance aux productions cornées) ou accidentelle (mauvaise hygiène des téguments, usure, macération de l'épiderme), telles sont les conditions pathogéniques habituelles des kératoses blennorrhagiques; elles dénoncent la part importante que l'infection gonococcique prend à la dermatose; mais elles n'excluent pas le rôle des facteurs nerveux, qui peut être au moins de localiser et de fixer les lésions cutanées.

\*  
\* \*

Le traitement local de la kératose blennorrhagique se résume en l'application de topiques banaux : liniment oléo-calcaire (E. Besnier), savon noir (Le Gendre, communication orale), en savonnages fréquents des régions atteintes et pansements humides à l'eau bouillie jusqu'à chute complète et définitive des productions cornées.

M. L. Jacquet a tiré un argument pathogénique de l'efficacité des douches écossaises, puis froides sur le rachis.

Il va sans dire qu'il faut aussi soigner le blennorrhagie, cause initiale, par les balsamiques ou les lavages urétraux, auxquels M. Gougerot conseille d'ajouter l'urotropine.

Récemment Lévy-Franckel a trouvé dans le vaccin de Nicolle et Blaizot un traitement vraiment spécifique, non seulement contre l'infection blennorrhagique, mais encore contre la kératose elle-même.

L'importance des causes prédisposantes oblige, chez tout blennorrhagique, à la prophylaxie la plus rigoureuse : lavages soigneux des pieds, pour éviter les macérations épidermiques, protection contre les irritations et les contacts répétés.



## DES FORMES ABORTIVES DE LA MALADIE DE RECKLINGHAUSEN

Par

**Le Dr Ch. Adrian,**  
agréé,  
Chef provisoire.

et

Le Dr G. Hügel,  
agrégé,  
Chef de clinique provisoire.

(CLINIQUE DE DERMATOLOGIE DE STRASBOURG.)

Il s'agit notoirement de deux groupes de symptômes, qui sont prédominants dans la neurofibromatose, le groupe des symptômes *cardinaux* de la maladie, et le groupe des symptômes de *moindre importance*.

Du premier groupe font partie les symptômes cutanés, les vrais symptômes de la maladie, la « triade cutanée » des auteurs français ; ce sont :

- a) les tumeurs de la peau ;
- b) les tumeurs des nerfs et
- c) les pigmentations cutanées.

Parmi le second groupe on cite comme symptômes de moindre importance les suivants, que l'un de nous a déjà eu l'occasion de décrire (1) :

- a) des désordres de nature purement fonctionnelle ;
- b) des troubles de l'intelligence ;
- c) des troubles trophiques et
- d) des troubles vasomoteurs.

On rencontre souvent des formes de la maladie très nettes, où tous les symptômes cités plus haut se trouvent être représentés en même temps, où la peau est sillonnée de tumeurs et de taches pigmentaires, où les nerfs sont fortement tuméfiés, où les symptômes de deuxième ordre sont plus ou moins apparents et où l'on peut en outre facilement reconnaître la tare congénitale héréditaire et familiale. A côté de ces formes caractéristiques de la maladie, nous avons vu des malades qui présentaient les « formes incomplètes » ou les « formes frustes » de la maladie de Recklinghausen [Feindel (2), Feindel et Oppenheim (3),

(1) ADRIAN, Ueber Neurofibromatose und ihre Komplikationen. *Beiträge z. Klin. Chir.*, Bd. 31, 1901, p. 1. — Die multiple Neurofibromatose (Recklinghausen'sche Krankheit). *Centralbl. f. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir.*, Bd. 6, 1903, n° 3, p. 81.

(2) FEINDEL, Sur les formes incomplètes de la neurofibromatose. *Gaz. hebdom. de méd. et de chir., nouvelle série, tome III, 1898, n° 74, p. 877.*

(3) FEINDEL et OPPENHEIM, Sur les formes incomplètes de la neurofibromatose. *Archives générales de médecine*, 1898, vol. II (VIII<sup>e</sup> série, tome X), 182<sup>e</sup> volume de la collection, p. 77.

Thibierge (1)]. Chez ces malades l'un ou l'autre des principaux symptômes, quelquefois même tous les symptômes cardinaux manquaient; les symptômes secondaires étaient plus ou moins exprimés, et aussi la dégénérescence héréditaire n'était pas toujours sûrement démontrée. Ce sont ces genres de maladie que l'on peut appeler « formes abortives de neurofibromatose ».

Cette dénomination fut employée pour la première fois par Jadassohn (2) qui, lui, admettait, il est vrai, l'apparition de rares tumeurs et de quelques taches de pigmentation; un cas sans aucune tumeur — il pense probablement au cas précité de Thibierge, dont nous aurons encore l'occasion de parler — lui semble pour le moins très douteux.

Nous allons maintenant relater deux observations de malades, qui, nous semble-t-il, sont des cas des formes abortives de la maladie de Recklinghausen.

#### Premier cas.

Le premier cas concerne une jeune fille, qui fut opérée le 28 juillet 1940 à l'âge de 14 ans et demi à la clinique chirurgicale de Strasbourg pour une tuberculose iléo-cæcale. Tout le corps de cette malade était rempli de taches de pigmentations, irrégulièrement disséminées, plus ou moins grandes, de coloration brunâtre. D'après le dire des parents, ces taches existaient déjà lors de la naissance de l'enfant. On ne trouve nulle part chez la malade la moindre tumeur de la peau ou la moindre tuméfaction nerveuse. Les muqueuses étaient indemnes de pigmentations.

L'intelligence de l'enfant est normale; pour ses 15 ans son corps est d'un faible développement, à part sa tête qui est assez forte et dont la conformation est d'aspect rachitique.

Il manque en outre chez notre malade tout développement des seins, il en est de même des poils du pubis et des poils du creux sous-axillaire, qui manquent encore complètement. Jusqu'à présent notre malade n'a pas encore été réglée.

Le père de la jeune fille est mort en 1905 à l'âge de 31 ans de tuberculose des poumons. Sa mère, qui vit encore, fut amputée en 1908 d'un avant-bras pour tuberculose osseuse. Elle accoucha neuf fois, dont une fois d'un enfant mort-né; 5 de ses autres enfants sont morts très jeunes.

Outre notre malade, il y a encore deux fils en vie, qui eux sont mieux développés que leur sœur. La formation de leur crâne est également d'aspect un peu rachitique, surtout chez le plus jeune. Ce dernier a en outre un peu de prognatisme et il louche légèrement.

Nous ne pûmes constater aucun état morbide de la peau chez les parents de notre malade, autant que nous eûmes l'occasion de les voir.

(1) THIBIERGE, Sur un cas de maladie de Recklinghausen (neurofibromatose généralisée) sans fibromes cutanés ni fibromes nerveux. *Bull. et mémoires de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, t. 15<sup>e</sup>, 3<sup>e</sup> série, année 1898, séance du 18 février 1898, p. 143.

(2) JADASSOHN, Fibrome der Haut, etc. Dans : *Ebstein u. Schwalbe: Handbuch der praktischen Medizin*, 1904, Bd. III, Teil II, p. 380.

Nous fûmes à même d'examiner la mère, deux frères et une sœur de la mère. Tous ces membres de la famille sont d'intelligence tout à fait normale.

#### *Second cas.*

Nous vîmes notre second cas pour la première fois le 1<sup>er</sup> août 1913, également à la clinique chirurgicale de Strasbourg. Ce cas concerna un enfant du sexe masculin de 5 ans et demi (il était né le 11 janvier 1908) qui était admis à la clinique pour un torticolis congénital.

On constata sur tout le corps de l'enfant, mais principalement sur son tronc, des taches de pigmentations plus ou moins grandes, telles que nous en avons vu dans le premier de nos cas et telles qu'elles sont caractéristiques de la maladie de Recklinghausen. Ces taches apparurent dès la naissance de l'enfant. On ne put constater aucune autre anomalie de la peau ou des muqueuses, nul épaissement des nerfs, etc.

Nous eûmes occasion de revoir le malade en mai 1914; là encore nous ne pûmes constater rien d'anormal au sujet de sa peau à part ses taches de pigmentation. Corporellement et aussi intellectuellement notre malade est arriéré. Il y a un retard de croissance très accentué; en outre notre malade est affecté, comme dit, d'un torticolis. De plus, il a une asymétrie prononcée de la figure et du crâne, ainsi qu'une légère scoliose. Sa cuisse droite est plus forte que la gauche; on constate encore chez lui un léger strabisme convergent.

J'ai vu le père de l'enfant. C'est un homme parlant peu; il a l'air très timide et est d'intelligence plutôt étroite, presque bornée. La formation de son crâne est asymétrique. Lui-même avait une mère faible d'esprit.

La mère de notre malade mourut d'une phthisie galopante bientôt après avoir accouché d'un second enfant, qui mourut en bas âge à la suite d'une entérite.

Des états morbides de la peau n'existent ni chez le père de notre malade ni chez sa mère nourricière qui est une grand'tante de l'enfant.

Les autres membres de la famille, qui demeurent tous en Amérique, n'ont, paraît-il, aucune maladie de peau.

De quel droit avons-nous posé dans ces deux cas le diagnostic de formes abortives de maladie de Recklinghausen?

Parce que de telles formes monosymptomatiques de l'affection dans lesquelles il n'y a donc qu'un symptôme cardinal de la maladie (ici les pigmentations cutanées peuvent être comprises dans le cadre de la maladie), démontrent les cas analogues cités dans la littérature, mais chez lesquels à l'encontre de nos cas, une hérédité en ce qui concerne les symptômes cutanés, peut être admise.

Parmi ces cas, citons le malade de Salomon (1), où le frère, puis un

(1) SALOMON, Multiple Neurome bei einem schwächinnigen Individuum. Fortschreiten der Neurombildung während der Dauer der Beobachtung. Exstirpation und mikroskopische Untersuchung eines Neurom's. *Charité-Annalen*, IV Jahrg. (1877). Berlin, Hirschwald, 1879, p. 433.

malade d'Audry (1), où le père, enfin deux malades de Hirsch (2), où les mères des deux enfants avaient à côté des pigmentations cutanées de multiples fibromes; où donc des membres de la famille des malades atteints de formes abortives présentaient eux l'image vraie et complète de la maladie de Recklinghausen.

Cet héritéité seule justifie dans ces cas le diagnostic de formes abortives de maladie de Recklinghausen. Dans le cas de Salomon il existait en outre encore des troubles psychiques, dans celui d'Audry des troubles de nature trophique.

Dans nos deux cas l'hérédité au point de vue des symptômes cutanés manque complètement malgré les plus intenses recherches de ce côté. C'est alors que les symptômes de nature secondaire gagnent de l'importance pour affermir le diagnostic, qui reste quand même toujours difficile à préciser, vu que ces symptômes n'ont en somme rien de très caractéristique, rien de très typique pour la maladie de Recklinghausen. C'est ainsi que le diagnostic dans le cas déjà cité de Thibierge, qu'il désigne comme un cas de maladie de Recklinghausen (neuro-fibromatose généralisée) sans fibromes cutanés, ni fibromes nerveux et comme forme incomplète de la maladie désignée sous le nom de neuro-fibromatose, rencontre des doutes.

Il s'agissait d'une femme de 26 ans chez laquelle il n'existait aucune tare héréditaire relative à la neurofibromatose. Thibierge fit son diagnostic à la suite des pigmentations cutanées et à la suite d'anomalies psychiques.

Dans nos deux cas également peuvent surgir des doutes, puisque l'hérédité manque. Toujours existe-t-il dans le second de nos cas le fait, que le retard corporel et intellectuel chez le malade est tellement prononcé et tellement frappant, que ces troubles joints à la pigmentation très caractéristique de la peau, assurent le diagnostic de forme abortive de la maladie de Recklinghausen.

Ici nous laissons la question ouverte, à savoir si l'asymétrie de la figure et du crâne constatée dans notre cas ainsi que la scoliose de la colonne vertébrale, le plus fort développement d'une des cuisses, le strabisme convergent, sont à mettre en rapport avec le torticolis, ou s'il s'agit peut-être également de symptômes secondaires de neurofibromatose. Nous n'avons pu nulle part dans la littérature trouver ce genre d'anomalie en rapport avec un cas de maladie de Recklinghausen.

Quant au diagnostic du premier cas il est tout à fait sûr, comme la suite l'a prouvé.

(1) AUDRY, Sur un cas de neurofibromatose avec scoliose. *Soc. franç. de dermat. et de syphil.*, séance du 7 mars 1901. Réf. dans les *Annales de dermat. et de syph.*, 1901, 4<sup>e</sup> série, t. 2, p. 290.

(2) HIRSCH E., Zur Kasuistik des Morbus Recklinghausen im Kindesalter. *Prager med. Wochenschrift*, 1911, n° 29, p. 375.

Chez cette malade on put constater au mois de décembre 1912, donc 2 ans et demi après le premier examen, qui lui eut lieu au mois de juin 1910 (dans l'intervalle nous ne vîmes plus la malade), quelques tumeurs de la peau qui atteignaient jusqu'à la grandeur d'un pois, de consistance très molle, en tout peut-être une douzaine, situées sur la poitrine et sur les cuisses. Ces tumeurs manquaient complètement il y a 2 ans et demi. Elles durent donc se former dans l'intervalle du mois de juillet 1910 jusqu'au mois de décembre 1912. Ces tumeurs devinrent du reste par la suite encore plus nombreuses, ce que nous constatons lors d'un nouvel examen au mois de juin 1914.

Comme il a été dit, l'hérédité n'existait pas chez cette jeune fille. Son intelligence est normale; par contre le développement de son corps se trouve retardé: à l'âge de 18 ans et demi les seins sont à peine indiqués; les poils du pubis et des aisselles manquent complètement; de plus la malade n'est pas encore réglée.

Dans les cas où tous les symptômes cardinaux manquent, il est tout à fait impossible de poser un diagnostic absolument sûr, et personne n'osera poser le diagnostic de maladie de Recklinghausen, n'ayant que des symptômes de second ordre, aussi nets qu'ils soient.

Tout au plus de telles formes permettraient-elles la dénomination de formes abortives de la maladie de Recklinghausen, si l'on trouve des cas typiques de neurofibromatose dans la proche parenté des malades. N'oublions pas que la maladie de Recklinghausen est considérée comme un symptôme de dégénération.

Dans cet ordre d'idées le père du petit malade de notre second cas, un homme, comme on dit, timide, de moindre intelligence, parlant peu, qui est le fils d'une imbécile et qui a une asymétrie prononcée du crâne, mais qui, à part quelques rares naevi pigmentés, n'a nulle part des taches pigmentées, nulle part des tumeurs cutanées, est un cas extrême de ce genre.

Une observation de ce genre autorise peut-être l'admission, que la maladie de Recklinghausen forme typique n'est qu'un chaînon dans la chaîne des processus de dégénération générale, et que les cas représentés ici par la grand'mère, le père et le petit-fils (notre seconde observation) ne sont que des formes passagères vers la neurofibromatose typique.



CONSERVATION DU RÉFLEXE OCULO-CARDIAQUE DANS L'HÉRÉDO-SYPHILIS MÊME COMPLIQUÉE D'AORTITE (AVEC UNE OBSERVATION D'INSUFFISANCE AORTIQUE TRAUMATIQUE CHEZ UN HÉRÉDO-SYPHILITIQUE).

Par le Dr. A. Mougeot (de Royat),  
Chargé de service de cardiologie militaire.

I. — Alors que d'autres auteurs (1) considéraient l'abolition du réflexe oculo-cardiaque comme seulement fréquente dans le tabès (5 fois sur 10, Gautrelet), j'ai montré avec M. Loeper (2) qu'en réalité l'absence du réflexe oculo-cardiaque était presque absolument constante, sauf très rares cas de tabès inférieur. Nous l'avons attribuée à des lésions para-syphilitiques du rhombencéphale.

Cette constatation, confirmée de tous points par M. P. Sainton, MM. Lesieur, Vernet et Petzetakis, M. Noël Orlandi, Levine (de Boston), Amadeo (de Buenos-Aires) (3), nous a amenés à rechercher l'état du réflexe oculo-cardiaque chez les syphilitiques ne présentant pas de signes cliniques de lésions du système nerveux central, sauf parfois le signe d'Argyll-Robertson isolé; nous avons constaté (4) que chez de tels sujets le réflexe oculo-cardiaque était très fréquemment aboli, beaucoup plus fréquemment même que le réflexe pupillaire à la lumière, et cela avec une fréquence croissant avec l'ancienneté de l'infection. L'absence du réflexe oculo-cardiaque, constante dans la syphilis nerveuse, existait une fois sur trois à la période primaire, trois fois sur six malades à la période secondaire et vingt fois sur vingt-cinq malades arrivés à la période tertiaire, porteurs ou non d'accidents cutanés. Nous en avons conclu que la syphilis, dès la période secondaire, et parfois même dès le chancre, détermine des lésions discrètes du rhombencéphale, suffisantes pour abolir le réflexe oculo-cardiaque et qui manquent rarement à la période tertiaire.

(1) GAUTRELET, *Paris médical*, 29 novembre 1913, p. 583.

(2) LOEPER et MOUGEOT, *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 26 décembre 1913 et *Progrès médical*, 1913, p. 675.

(3) LESIEUR, VERNET et PETZETAKIS, *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 6 mars 1914; — NOËL ORLANDI, Sul valore del riflesso oculo-cardiaco, *Riforma Medica*, 1915, p. 263. — SAMUEL LEVINE (de Boston), The Oculo-Cardiac Reflex (étude électro-cardiographique *Archives of internal medicine*, mai 1915, p. 758. — AMADEO, *Prensa Medica Argentina*, 1917, n° 29 et 31. — P. SAINTON, Le réflexe oculo-cardiaque, *Paris Médical*, 4 juillet 1914.

(4) LOEPER, MOUGEOT et VAHRAM, *Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 13 mars 1914 et *Progrès médical*, 1914, p. 157.

Nos constatations ont été confirmées par MM. Jean Félix (1), Murray Auer (2), Roubinovitch et Regnaud de la Soudière (3).

Dans le service de M. le Pr Audry, à la clinique de Dermatologie et Syphiligraphie de Toulouse, M. Félix constate que chez 50 sujets indemnes de syphilis, 47 présentent un réflexe oculo-cardiaque normal, alors que sur 50 porteurs de lésions secondaires, 31 ont un réflexe oculo-cardiaque aboli ou très diminué; que le réflexe oculo-cardiaque peut disparaître dès la période du chancre; et que dans les manifestations plus tardives (accidents tertiaires, tabès, paralysie générale-hérédo-syphilitique), le réflexe oculo-cardiaque est très fréquemment aboli.

Murray Auer, de l'étude de 37 cas de syphilis du système nerveux central, conclut que « l'abolition du réflexe oculo-cardiaque est un des signes les plus précoces de lésion syphilitique du système nerveux central et de recherche clinique facile pour le praticien ».

Roubinovitch et Regnaud de la Soudière, étudiant le réflexe oculo-cardiaque chez les déments, constatent que son abolition est très fréquente dans la démence due à la syphilis du système nerveux central, héréditaire ou acquise, l'abolition est très fréquente, et par elle seule, en l'absence de tout autre signe, suggère l'existence d'une lésion spécifique du système nerveux (héréditaire ou acquise).

Ainsi par la seule étude du réflexe oculo-cardiaque les cliniciens sont arrivés à des conclusions identiques à celles que les syphiligraphes ont tirées de l'étude de la réaction de fixation du complément et de l'étude de la réaction de lymphocytose dans le liquide céphalo-rachidien, au sujet des atteintes méningo-cérébro-spinales qui se montrent d'autant plus fréquentes et plus prononcées que l'infection syphilitique se trouve à un stade plus avancé. On en a estimé la fréquence dans la période secondaire à 50 pour 100 des cas d'éruptions cutanées marquées (Ravaut, d'après la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien), à 41 pour 100 (dont 25 pour 100 de réactions très nettes, et 16 pour 100 de réactions légères) (Fordyce); à 63 pour 100 (Wile et Stokes) (1). Déjà à la période primaire, les atteintes du système nerveux central, pour plus rares qu'elles soient, ne laissent point d'être décelables (Leredde et Rubinstein, Dujardin, Corbus, Wile et Stokes) (3).

(1) JEAN FÉLIX, Note sur l'état du réflexe oculo-cardiaque dans la syphilis, *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, janvier 1917, p. 374.

(2) MURRAY AUER, The oculo-cardiac reflex in syphilis of the central nervous system. *Journal of American Medical Association*, 24 mars 1917.

(3) ROUBINOVITCH et REGNAULD DE LA SOUDIÈRE, *Société de Psychiatrie*, Paris, juin 1914.

(4) FORDYCE, *New-York medical Record*, 30 septembre 1916. — WILE AND STOKES, (d'Ann-Arbor) A study of the spinal fluid with reference to involvement of the nervous system in secondary syphilis. *Journal of Cutaneous Disease*, septembre 1914, p. 607.

(5) WILE AND STOKES, Involvement of the nervous system during the primary stage of syphilis. *Journal of the American Medical Association*, 20 mars 1915, p. 379.



On ne saurait donc contester que l'absence de réflexe oculo-cardiaque chez un sujet ne soit un indice de très grosse valeur en faveur d'une syphilis ancienne ; une fois éliminées (ce qui est facile pour un clinicien) les autres causes d'abolition ou d'inversion du réflexe oculo-cardiaque (intoxication des centres bulbaires, par les toxines diphtériques, tuberculinique ; urémie, saturnisme, pleurésies, coma, shock, troubles thyroïdiens et sympathiques, etc...) qu'ont établies MM. Loeper, Gautrelet, Aviragnet, Dorlencourt, Bouttier, Garnier, Lévy-Frankel, Colombe, A. Mougeot, etc...).

II. — Depuis la guerre, nous avons systématiquement exploré l'état du réflexe oculo-cardiaque chez les sujets porteurs de dystrophies dentaires symptomatiques d'hérédo-syphilis. Ces observations ont été faites presque exclusivement dans le milieu militaire, et elles ont donc porté sur des sujets exempts d'encéphalopathie hérédo-syphilitique latente.

Nous avons été étonné de constater que, contrairement à notre attente et contrairement à ce qui existe dans la syphilis acquise ancienne et exempte de myélo-encéphalopathie constituée, le réflexe oculo-cardiaque est normal, voire même exagéré, chez la très grande majorité des syphilitiques héréditaires.

Voici quelques-unes de nos observations (1) prises au hasard parmi une quinzaine, toutes comparables entre elles.

Obs. I. — Kel. Hélène, 9 ans. — Dents typiques, ulcération gommeuse de la langue, laryngite chronique, cicatrices du cou et de la nuque, anémie. Réflexe pupillaire normal, mais pupilles quadrangulaires.

Pouls, par 1/4 minute : 26 — 25 — 27.

Avec comp. ocul. : 20 — 21 — 19.

donc réflexe oculo-cardiaque fort  $\frac{26}{20}$

On prescrit du sirop de Gibert et l'ulcération de la langue guérit en 15 jours.

Obs. II. — Kel. Lucienne, 4 ans. — Sœur de la précédente. Front olympien ; réflexe oculo-cardiaque normal :  $\frac{30}{26}$

— DUJARDIN, *Archives médicales belges*, juin 1918, p. 39. — CORBUS (de Chicago), *Journal of American Medical Association*, 15 août 1914, p. 550. — LEREDDE et RUBINSTEIN, *Bulletin de la Société française de dermatologie et syphiligraphie*, décembre 1912, p. 555.

(1) Le lecteur voudra bien reconnaître que, si nous n'avons pas institué de recherches de laboratoire pour confirmer le diagnostic d'hérédo-syphilis, du moins nos observations comportent toutes, en plus des stigmates dentaires, un ou plusieurs autres stigmates d'hérédo-syphilis ce qui constitue un syndrome clinique d'une valeur incontestable ; l'observation I comporte même la signature de l'efficacité du traitement spécifique.

*Obs. III (Avec tracés).* — Chan. Jean, 24 ans; soldat. Dents typiques, asymétrie crânio-faciale. — Envoyé au centre de cardiologie pour lésions pulmonaires et aortiques. Fiche n° 155. Examen radiologique négatif, au point de vue pulmonaire, montre hypertrophie du ventricule gauche.

Le 7 mai 1918 : *pouls* par 4/4 minute : 46 — 47.

id. : pendant P. O. 40, longues pauses, extra-systoles.

id. : après P. O. 40 — 43.

Le lendemain, nous explorons graphiquement le réflexe oculo-cardiaque et recueillons le tracé ci-joint.

La partie B est la continuation immédiate de la partie A. En haut : le temps inscrit en cinquièmes de seconde. En bas : une ligne signal, dont l'ascension brusque marque le début de la compression oculaire, et la chute brusque coïncide avec la cessation de cette compression. Avant la compression la durée de la révolution cardiaque est de une seconde et un centième, moyenne calculée sur 5 pulsations consécutives (soit 60 par minute). Au cours de la compression oculaire, on constate que le ralentissement du rythme cardiaque commence déjà deux secondes  $\frac{3}{5}$  après le début de la compression; qu'il atteint bientôt un degré accentué, si bien que la révolution cardiaque dure (moyenne de 5) une seconde et 18 centièmes, soit un rythme de 50 par minute. De plus, une pulsation arrive en avance (au point E. S. A.) sur ce rythme lent, constituant une extra-systole auriculaire.

*Obs. IV.* — Jor. Louis, soldat, 22 ans. — 27 XII 17 (Fiche 49).

Dents d'hérédosyphilitique; nanisme. Taille 1 m. 50, poids 50 kilogrammes souffle apexien systolique atypique. Radioscopie montre dilatation des cavités gauches du cœur (lésion mitrale fruste).

*Pouls* 92 couché; 114 debout. Tension artérielle : Pachon 18 — 7  $\frac{7}{2}$ ; méthode auscultation 14-7. Réflexe oculo-cardiaque fort : (ralentissement égal à 12 pulsations par minute).

*Obs. V.* — Mer. Pierre, soldat, 26 ans.

Dents d'hérédosyphilis, surdité, diminution de l'acuité visuelle à droite.

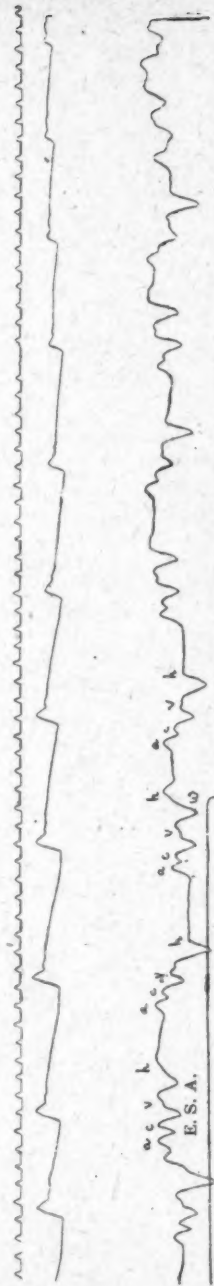
Réflexe oculo-cardiaque fort ( $\frac{20}{17}$  au quart) soit un ralentissement de 12 pulsations par minute).

Deux de nos malades, en plus des stigmates dentaires, présentaient de l'aortite chronique avec insuffisance aortique, rattachable à l'hérédosyphilis. On conçoit que, dans l'aortite syphilitique suite de syphilis acquise, il y ait double raison pour que le réflexe oculo-cardiaque soit absent : en premier lieu, en raison des lésions discrètes des centres encéphaliques si fréquentes dans les syphilis anciennes et qui produisent également le signe d'Argyll-Robertson; en second lieu, en raison de la coexistence habituelle, avec l'aortite chronique, de lésions de médiastinite péri-aortique, bien connues (1), qui lésent les ramuscules

(1) PETER; HUCHARD; LETULLE; MOLLARD, DUMAS et REBATTU (1911); ÉMILE SERGENT, (1912); LIAN et BARON, De la médiastinite syphilitique, *Paris médical*, 1912, p. 556-



Obs. III. — 8 mai 1918, partie A du tracé.



Obs. III. — 8 mai 1918, partie B du tracé.

Sur ces tracés comme sur les suivants, la première ligne représente le temps inscrit en cinquièmes de seconde, la deuxième le pouls huméral, la troisième le pouls de la veine jugulaire, la troisième est une ligne signal dont l'ascension brusque marque le début de la compression du globe oculaire et la chute brusque la cessation de cette compression.

E. S. A.

du nerf pneumogastrique, et d'adénopathies péri-aortiques, non décrites, mais que nous avons bien constatées dans plusieurs autopsies. En fait, l'abolition du réflexe oculo-cardiaque est extrêmement fréquente dans l'aortite syphilitique, ainsi que je l'ai signalé avec M. Loeper (1). Le fait a été confirmé par N. Orlandi et par S. Lévine : Orlandi, qui, évidemment, n'était pas au courant des relations entre la syphilis et le réflexe oculo-cardiaque, constate comme nous l'abolition du réflexe oculo-cardiaque chez les malades porteurs d'aortite chronique, mais il croit que la syphilis n'explique pas cette absence (« non spiega l'assenza del riflesso ») par des lésions bulbaires, et l'attribue en totalité à des lésions de péri-aortite. Il résulte de ces faits que le syndrome aortite et absence de réflexe oculo-cardiaque possède une valeur aussi grande que le syndrome de Babinski aortite et absence de réflexe pupillaire à la lumière, comme syndrome syphilitique.

Or, chez nos deux malades porteurs de stigmates dentaires, exempts de syphilis acquise, et dont les lésions aortiques doivent logiquement être attribuées à l'hérédosyphilis, le réflexe oculo-cardiaque était conservé.

Voici l'observation détaillée de l'un d'eux, que nous rapportons in extenso, car elle paraît intéressante à plus d'un titre.

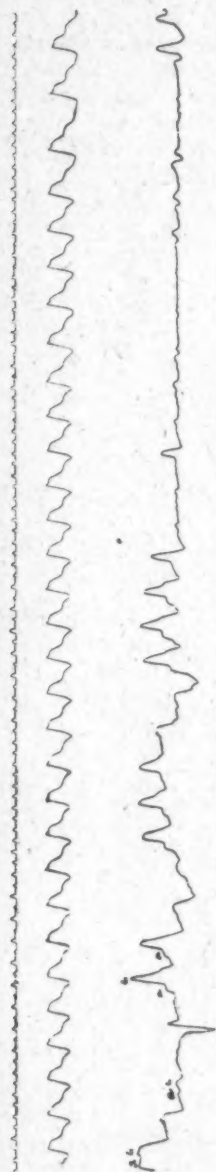
*Obs. VI. — Insuffisance aortique avec aortite chez un hérédosyphilitique ; début brusque des troubles fonctionnels à la suite d'une émotion vive accompagnée d'un effort.*

Ray. Jean, classe 1904, est un solide démenageur de 34 ans, d'une taille de 1 m. 80, très bien portant jusqu'au 18 juillet 1918. A cette date il eut un accident d'automobile. Conduisant de nuit un camion rempli de poilus, une roue d'avant tomba dans un trou d'obus, et la barre d'accouplement se rompit. Le conducteur se trouvait dans une forte descente ; en s'apercevant que la direction était « folle », il eut une émotion très intense, et fit un violent effort pour braquer la voiture sur le talus où elle se renversa à demi. A cet instant, il éprouva une nouvelle et très vive émotion, en voyant son camion sur le point d'écraser et les hommes confiés à lui et le conducteur lui-même.

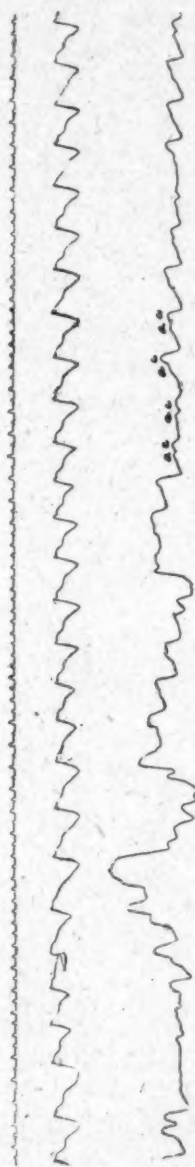
A partir de ce moment, le malade éprouva de violents battements de cœur et des douleurs rétrosternales angoissantes, avec irradiation dans l'épaule gauche. Il est évacué du corps le 29 juillet avec le diagnostic « tachycardie avec fausse angine de poitrine » et passe successivement par l'hôpital 2. 42. des armées, l'hôpital complémentaire 31 d'Eymoutiers et l'hôpital mixte de Limoges (service du médecin de secteur). Dans toutes ces formations on porte le diagnostic d'insuffisance aortique.

507. — G. LIAN, Chronic mediastinitis, its causes, symptoms and treatment. *Medical Press and Circulars*, 1913, XCVI, p. 143. — CH. RENAULT, La médiastinite syphilitique. *Thèse*, Paris, 1913. — OULMONT et DELORT ; MADKO (1913).

(1) M. LOEPER et A. MOUGEOT, Un syndrome syphilitique : aortite et abolition du réflexe oculo-cardiaque. *Progrès médical*, 30 mai 1914, p. 261.



Obs. VI. — 20 novembre 1918, partie A du tracé.



Obs. VI. — 20 novembre 1918, partie B du tracé.



Entré dans le service de cardiologie de Saint-Antoine le 25 novembre, il présente en effet un souffle holo-diastolique, *decrecendo*, typique d'insuffisance aortique, avec maximum au foyer aortique, propagation le long du bord droit du sternum et jusqu'à la pointe. Dans les extrémités antérieures des 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> espaces intercostaux droits, on perçoit un souffle systolique, doux, sans frémissement, qui présente les caractères d'un souffle inorganique.

Le pouls est régulier à 90 couché, 96 debout ; mais on a noté 135 couché-447 debout à Eymoutiers, puis 120-130 à Limoges. La pression sanguine est maximum 13 4/2 à 14-min. 7, aussi bien d'après la méthode palpatoire que d'après la méthode auscultatoire. On a noté l'absence de double souffle crural, de pouls capillaire, de signes de thyroïdisme. Il n'y a pas de danse des artères ; la crosse est palpable dans la fossette sussternale.

L'examen radiologique pratiqué par M. Bordet démontre une hypertrophie marquée du ventricule gauche, une pointe globuleuse et abaissée, un indice de profondeur de la pointe de 4 cm. 0, une aorte ascendante sinueuse et sombre, large de 2 cm. 3, l'opacité gagnant jusqu'à l'origine de la portion horizontale de la crosse.

Nous avons procédé à une étude graphique de ce cas, étude consistant dans le prélèvement simultané d'un cardiogramme apexien, du sphygmogramme aortique au niveau de la fourchette sus-sternale, et du sphygmogramme des artères jambières au niveau du jarret, avec inscription du temps à l'aide d'un diapason à 1/50<sup>e</sup> de seconde.

Le cardiogramme présente une onde intersystolique (*i*) nette (papillo-systole). Le retard du pouls aortique sur le pied de l'onde *i* est d'environ 0'08 ; le retard du pouls aortique sur le début de la systole ventriculaire (abstraction faite de la papillo-systole) est d'environ 0'05. Le retard de la pulsation jambière sur le pouls aortique est de 0'13 (distance entre ces deux derniers points d'exploration = 4 m. 40). La vitesse de propagation de l'onde pulsatile dans les artères est donc de 8 m. 4 par seconde. Ces chiffres, d'après l'étude que nous en avons récemment faite (1) peuvent être considérés comme sensiblement normaux. Malgré eux, le diagnostic d'insuffisance aortique est hors de contestation. Il reste à en discuter l'origine : infectieuse, traumatique ou syphilitique ?

Il n'y a pas de maladie infectieuse ni de rhumatisme dans les antécédents, et l'aspect radiologique, en prouvant l'existence d'une aortite, est tout à fait en faveur d'une maladie de Hodgson. Est-elle syphilitique ? Le malade nie absolument toute syphilis acquise ; il a deux enfants bien portants. La réaction de Wassermann a été trouvée deux fois négative, à l'hôpital complémentaire 42 (Beauvais) et à Limoges. Comme à Limoges, nous ne trouvons aucune lésion cutanée suspecte, pas d'adénopathies ; nous constatons que tous les réflexes sont normaux, sauf le réflexe oculo-cardiaque que l'on a considéré comme nul à Limoges ; mais qui existe, comme nous nous en sommes assurés par la méthode graphique (tracés ci-joints), simplement et légèrement retardé. Avant la compression, la durée de 5 pulsations est de

(1) A. MOUGEOT, Le retard du pouls aortique sur la systole ventriculaire dans les lésions aortiques, *Journal de Physiologie et Pathologie générale*, 1918.

3'45, ce qui met la durée de la révolution cardiaque à 0'63 et le rythme à 95 par minute. Le pouls commence à se ralentir au signe +, six secondes 2/5<sup>e</sup> après le début (marqué par une ascension brusque de la ligne inférieure du tracé) de la compression oculaire. Mais le ralentissement du rythme sinusal persiste diminué longtemps après la cessation de la compression oculaire. Le tracé jugulaire reflète le rythme respiratoire ; il montre que pendant la compression oculaire, la respiration est inhibée en inspirations, et qu'après, elle est, au contraire, plus ample qu'avant la période oculaire.

A notre avis, notre malade est un hérédosyphilitique, bien que les antécédents héréditaires ne contiennent rien de probant (père mort d'accident, mère, frère et sœur bien portants, pas de fausses couches). Il présente des dystrophies dentaires nettes, avec sillon horizontal, et petites cupules, des canines époinçées, avec échancrure semi-lunaire au niveau des deux canines supérieures et un peu de leucoplasie buccale. Cependant l'examen oculaire dû à l'amabilité et à la compétence des élèves de M. le Pr de Lapersonne à l'Hôtel-Dieu ne révèle pas de stigmates d'hérédosyphilis mais de l'astigmatisme et de l'hypermétropie.

$$\begin{array}{l} \text{V O D} = 0,4 \\ \text{V O G} = 0,7 \end{array} \left. \vphantom{\begin{array}{l} \text{V O D} \\ \text{V O G} \end{array}} \right\} \text{après correction}$$

Le malade a eu des otites : otite double dans l'enfance, à 12 ans, otite en 1915. Ces otites spontanées chez un sujet exempt de tout signe de tuberculose, sont en faveur de l'hérédosyphilis. A la suite de cette otite de 1915, notre malade qui avait fait campagne dans l'infanterie, a passé plusieurs commissions, en 1915, pour être versé dans le service auxiliaire, en 1916 pour y être maintenu et pour connaître son aptitude au service automobile. Aucune de ces 4 commissions n'a constaté un trouble circulatoire.

*Quel rôle le traumatisme a-t-il joué ?*

Notre malade a rempli son service d'automobiliste sans aucune gêne et sans interruption jusqu'au 18 juillet dernier ; et depuis tous les médecins sont unanimes à le considérer comme impropre au service. L'accident du 18 juillet a-t-il créé de toutes pièces l'insuffisance aortique. Les détails ci-dessus rapportés nous paraissent nécessaires et suffisants pour établir que le côté mécanique (effort de changement brusque de direction) a été insuffisant pour rompre des valves aortiques saines, ainsi qu'on l'a signalé après des traumatismes beaucoup plus violents : mais il a pu rompre des valvules déjà anatomiquement altérées par le processus d'aortite chronique hérédosyphilitique, dont la radioscopie prouve l'existence. L'émotion, par les troubles vaso-moteurs et son influence sur le rythme du cœur, a fortement accentué les troubles fonctionnels qui ont immédiatement suivi l'établissement d'une insuffisance valvulaire et rendu longue, pénible et laborieuse la période d'adaptation du cœur aux conditions mécaniques anormales créées par cette insuffisance.

En résumé, au cours de l'évolution latente d'une aortite chronique, notre malade a été saisi brusquement de troubles fonctionnels très marqués, et ce début a exactement coïncidé avec un accident d'automobile. Il est très probable que c'est à ce moment précis qu'est survenue l'insuffi-



sance aortique. Mais cette insuffisance était déjà en puissance, préparée par un processus d'aortite chronique. Ce processus nous paraît attribuable, avec une très grande probabilité, à une syphilis héréditaire. C'est pourquoi l'accident de guerre ne nous paraît avoir constitué qu'une aggravation brusque chez un prédisposé (et il doit en être ainsi dans une partie des observations publiées d'insuffisance aortique traumatique). Si nous étions interrogés sur les conséquences médico-légales du cas Ray. Jean, c'est dans le sens de l'aggravation (et non de la responsabilité totale de l'État) que nous concluons.

Nous rapporterons encore une observation. Moins typique en ce sens que les stigmates hérédosyphilitiques sont moins frappants, que l'aortite n'a été démontrée que par l'examen radiologique, et ne s'accompagnait pas d'insuffisance des valvules sigmoïdes ; mais rapprochée de la précédente, cette observation conserve une sérieuse valeur confirmative.

*Obs. VII. — Aortite chez un dystrophique âgé de 25 ans.*

Bess. Léon, 25 ans, soldat de 2<sup>e</sup> classe, entre le 3 août 1947 à l'H. O. E. 10/21 avec le diagnostic : « embarras gastrique et fièvre ».

Antécédents : néant.

Symptômes à l'entrée : céphalée, courbature, fièvre (T. 39°,4) langue blanche ; anorexie. Ni diarrhée, ni constipation. Abdomen douloureux à la palpation, notamment au niveau de la fosse iliaque droite. Pression artérielle normale.

4. VII. T. 38°,2 le matin, 37°,6 le soir.

5. VII. T. 37°,2 le matin, 37° le soir.

6. VII. T. 36°,4 le matin, 37°,0 le soir.

Les phénomènes digestifs ont disparu (courbature simple) ; mais on a noté un caractère prolongé et rugueux du 1<sup>er</sup> bruit au foyer aortique, avec un souffle méso-systolique sus-apexien, se propageant faiblement dans l'aisselle, et un dédoublement constant du 2<sup>e</sup> bruit, ce qui provoque un examen radioscopique.

Examen radioscopique (D<sup>r</sup> Pacaud) : en frontale, le diamètre oblique = 13<sup>cm</sup>,8, le diamètre transversal = 12<sup>cm</sup>,3, la corde de l'arc aortique est de 4<sup>cm</sup>. Il y a saillie du bord droit, et de l'arc pulmonaire ; la crosse aortique atteint la ligne bi-claviculaire.

En O. A. D. il y a saillie de l'oreillette gauche ; le diamètre de l'aorte ascendante est de 26 millimètres. L'aorte ascendante est opacifiée.

En O. P. D. l'angle de disparition de la pointe est de 50°. Conclusion du D<sup>r</sup> Pacaud : double lésion mitrale fruste avec aortite.

Le malade est un dystrophique. Les dents ne présentent ni sillons ni cupules, mais elles sont très irrégulières comme implantation, et très inégales comme taille. Cornées normales. Les réflexes pupillaires, patellaires et achilléens sont normaux.

Nanisme :

Le tronc a un développement presque normal, alors que les membres

sont ceux d'un nain. Les avants-bras et les jambes sont encore plus raccourcis que les bras et les cuisses. Les mains dans la position du soldat sans armes arrivent à la racine de la cuisse, à la hauteur du grand trochanter. Aucune courbure rachitique des os des membres.

Un deuxième examen radioscopique le 12 août confirme absolument celui du 6 août et les orthodiagrammes se superposent. La réaction Bordet-Wassermann dans le sérum sanguin est trouvée négative par le Laboratoire d'Armée.

*Le réflexe oculo-cardiaque est le 7 août :*

P. = 14 en 20" avant P. O.

P. = 12 en 20" (avec 1 extra-systole) pendant P. O.

Le 11 août : P. = 11 en 15" avant P. O.

P. = 10 en 15" avec arythmie pendant P. O. (Donc normal.)

Chez deux hérédos-spécifiques, nous venons de constater une abolition du réflexe oculo-cardiaque. Mais chez l'un (Co. Charles, 25 ans, entré salle Littré, hôpital Saint-Antoine, le 17 février 1919) elle s'expliquait par le fait que ce sujet, nain, porteur de dents très suggestives et d'une malformation cardiaque très probable, *avait acquis la syphilis* il y a 18 mois. Chez l'autre, l'abolition du réflexe était due à une dissection auriculo-ventriculaire complète, prouvée d'une façon indiscutable par l'exploration graphique ; dans ce cas la rupture de la conductibilité dans le faisceau de Kent-His intéresse aussi bien l'inhibition transmise par voie nerveuse que l'incitation contractile transmise par voie musculaire, et le rythme ventriculaire n'est jamais modifié par la compression oculaire.

III. — La constatation de la présence à peu près constante d'un réflexe oculo-cardiaque normal ou même très accentué chez les syphilitiques héréditaires exempts d'encéphalopathie spécifique catégorisée (épilepsie, idiotie, démence, paralysie, tabès juvénile, etc...) soulève une question intéressante de pathologie générale. Elle laisserait à entendre que le virus syphilitique transmis par les géniteurs se comporte vis-à-vis du système nerveux autrement que le virus acquis. Dans la syphilis acquise, les notions sont précises ; sur 100 contaminés, 10 pour 100 (statistique ancienne), au grand maximum 20 pour 100 (estimation de Fordyce) (1) présenteront plus tard un syndrome cliniquement caractérisé de syphilis nerveuse et, chez ces malades, le réflexe oculo-cardiaque est à peu près constamment aboli. Sur les autres (90 pour 100 ou 80 pour 100), 4/5 n'auront que des lésions minimales, tout à fait discrètes, des centres nerveux, ne se traduisant cliniquement que par l'absence de réflexe oculo-cardiaque (moins fréquemment par le signe d'Argyll-Robertson). Dans l'hérédosyphilis, à en juger par la recherche systématique du réflexe

(1) JOHN FORDYCE, Neurosyphilis, its diagnosis and economic importance. *Journal of American medical association*, 28 septembre 1918, p. 1023.

oculo-cardiaque, ou bien il y aurait une encéphalopathie caractérisée avec abolition constante du réflexe oculo-cardiaque (Roubinovitch, Murray Auer); ou bien il y aurait intégrité des centres bulbaires avec conservation du réflexe oculo-cardiaque comme je l'ai constaté. Ce serait, en un mot, le tout ou rien dans l'hérédo-syphilis.

Déjà, à parcourir les observations concernant des cas de manifestations viscérales ou articulaires dues à l'hérédo-syphilis tardive, on se rend compte que le signe d'Argyll-Robertson y est singulièrement plus rare que dans la syphilis acquise ancienne.

Il n'est point nécessaire de rappeler que le virus syphilitique héréditaire a des préférences (sur les organes des sens, Hutchinson, Alfred et Edmond Fournier) autres que le virus acquis. Rien ne s'oppose a priori à ce qu'il en soit ainsi pour les divers étages du système nerveux. Mais cette dernière question n'est certes pas résolue par la seule étude du réflexe oculo-cardiaque; elle ne le serait que par des statistiques portant sur un grand nombre de cas, et relatant la fréquence relative des modifications des réflexes, du signe d'Argyll-Robertson, de la lymphocytose et des réactions sérologiques dans le liquide céphalo-rachidien avec pourcentage établi parallèlement et en série chez des syphilitiques acquis d'une part et chez des syphilitiques héréditaires d'autre part. Ce n'est pas dans un service de cardiologie qu'une telle recherche peut être entreprise et c'est en vain que nous avons recherché de telles statistiques dans les publications récentes. Voici cependant quelques documents.

La réaction de fixation de Bordet-Wassermann dans le sérum est assez souvent négative chez les hérédo-syphilitiques (1) ainsi que la réaction à la luétine, ainsi que les examens du liquide céphalo-rachidien (2). Alors que la réaction de Bordet-Wassermann dans le sérum sanguin est positif chez environ 90 pour 100 des syphilitiques secondaires et tertiaires porteurs d'accidents de syphilis acquise, il a été négatif dans 30 cas sur 45 de syphilis héréditaire tardive observés par Bang et With (3) soit 66 pour 100 négatifs, dans 56 cas sur 100 d'hérédo-syphilis observés par Cannata (4). De la statistique fort intéressante de Blechmann, Delort et Tulasne (5), il appert que sur 25 cas d'hérédo-syphilis cliniquement certaine, et 26 cas d'hérédo-syphilis cliniquement très probable, il y eut en tout 46 pour 100 de réactions de Bordet-Wassermann

(1) ROSTENBERG (de New-York), *The medical record*, 1<sup>er</sup> juillet 1916, p. 14. — PETERSEN, *American obstetrical society*, mai 1916. — SWETT AND STOLL, *Surgery, gynecology, obstetrics*, Chicago, juin 1916.

(2) STOLL, *Hereditary syphilis as a cause of chronic invalidism*, *Journal of American medical association*, 23 décembre 1916, p. 1685.

(3) BANG et WITH, *Recherches séro-diagnostiques sur la syphilis*, *Nordiskt medicinska arkiv*, 1915, I, n° 3, p. 21.

(4) CANNATA, *La Pediatria*, juillet 1914.

(5) BLECHMANN, DELORT et TULASNE, *Archives de Médecine des Enfants*, 1915, p. 203.

négatives, dans le sérum. De la statistique non moins intéressante de Bazeley et Anderson (1) qui porte sur 60 cas de syphilis héréditaire, nous ne retiendrons que les observations de malades présentant des stigmates somatiques ; l'examen du liquide céphalo-rachidien a été négatif trois fois sur trois malades examinés (proportion de 100 pour 100); et la réaction de Bordet-Wassermann 9 fois négative sur 35 malades examinés, soit 25 pour 100. Stéphens (2) établit sur une série de 100 déficients psychiques par syphilis congénitale l'état de la réaction de Bordet-Gengou-Wassermann ; il la constate :

- 12 fois fortement positive,
- 46 « faiblement positive,
- 14 fois douteuse,
- 58 « négative.

Adrair Dighton (3) constate dans une série de 30 cas de syphilis congénitale cliniquement très probable, une proportion de 100 pour 100 de réactions négatives à la luétine. Gatti (4) constate une proportion de 80 pour 100 de réactions négatives de Bordet-Wassermann dans le sérum, en cas de syphilis congénitale cliniquement certaine. De même la réaction de Bordet-Wassermann est presque constamment négative dans les observations d'hydarthrose symétrique hérédo-syphilitique rapportées par Abner Post (5). Enfin Stevens (6), dans une série de 18 cas d'idiotie mongolienne due à l'hérédo-syphilis constate que la réaction de Bordet-Wassermann est trois fois moins fréquemment positive dans le liquide céphalo-rachidien que dans le sérum sanguin.

Ces divers faits sans avoir la valeur démonstrative des statistiques en série que nous aurions désiré trouver dans la littérature, conduisent à penser qu'en effet, la syphilis héréditaire imprime à l'organisme un peu moins souvent que la syphilis acquise des réactions sérologiques spécifiques, et beaucoup moins souvent que la syphilis acquise les diverses réactions morbides du liquide céphalo-rachidien symptomatiques d'atteintes du système nerveux central. Il n'y a donc rien d'étonnant à ce que l'exploration méthodique du réflexe oculo-cardiaque donne dans la syphilis congénitale des résultats différents de ceux constatés dans la syphilis acquise.

#### IV. — Conclusions.

L'étude systématique du réflexe oculo-cardiaque chez les syphili-

(1) BAZELEY et ANDERSON, *Boston medical and surgical journal*, 23 décembre 1915, p. 952.

(2) STEPHENS, *Journal of mental science*, London, 1916, LXII, p. 657.

(3) ADRAIR DIGHTON, *Medical Press*, 1915, II, p. 460.

(4) GATTI, *La pediatria*, 1915, II, XXIII, p. 573.

(5) ABNER POST, *Boston medical and surgical journal*, 1915, p. 941.

(6) STEVENS, *Journal of american medical association*, 1916, LXVI, p. 1373.

tiques héréditaires, exempts d'encéphalopathie, nous conduit à poser en fait que ce réflexe, dans la grande majorité des cas, reste intact chez eux ; alors qu'il est aboli, chez des syphilitiques acquis, dans la moitié des cas en période d'accidents secondaires, dans les  $\frac{4}{5}$  des cas en période tertiaire sans lésions accusées du système nerveux, et avec une constance presque absolue dans la syphilis nerveuse (paralyse générale comprise).

Or, la fréquence de l'abolition du réflexe oculo-cardiaque paraît bien parallèle à la proportion des lésions syphilitiques du myélocéphale chez ces diverses catégories de syphilitiques.

Soit sous une forme de tableau :

Hérédosyphilis	{	avec encéphalopathie, réflexe oculo-cardiaque constamment nul.
		sans encéphalopathie, réflexe oculo-cardiaque conservé.
Syphilis acquise	{	secondaire, réflexe oculo-cardiaque absent 1 fois sur 2.
		tertiaire sans encéphalopathie, réflexe oculo-cardiaque absent 2 fois sur 3.
		tertiaire nerveuse, réflexe oculo-cardiaque constamment nul.

En somme, la recherche du réflexe oculo-cardiaque que M. Loeper et moi avons introduite en syphiligraphie, n'a pas démenti l'intérêt clinique que nous avons laissé espérer dès nos premières publications sur le sujet.

Les documents graphiques annexés à ce travail ont été obtenus avec l'emploi du « polygraphe clinique à inscription rectiligne et repérage automatique de Mougeot ». Le temps y est inscrit en cinquièmes de seconde (ligne supérieure).



## RECUEIL DE FAITS

---

### PIGMENTATION DES RÉGIONS DÉCOUVERTES CHEZ DES OUVRIERS TOURNEURS D'OBUS

Par le Dr Georges Thibierge.

Dans une lecture à l'Académie de médecine, le 12 mars 1918 (*Bulletin de l'Académie de médecine*, 1918, t. I, p. 208) sur le « bouton d'huile » des tourneurs d'obus, j'ai signalé deux cas d'une singulière dermatose, caractérisée par une pigmentation des régions découvertes, que j'avais observée chez deux de ces ouvriers.

Je crois devoir reproduire ici, avec plus de détails, ces deux observations.

OBSERVATION I. — L..., âgé de 39 ans; travaille depuis le mois de janvier 1917 dans une fabrique d'obus.

Peu de temps après son entrée dans cette fabrique, il a eu quelques « boutons d'huile » sur les parties des membres supérieurs découvertes pendant le travail et surtout des taches noires, punctiformes, produites par la pénétration dans les orifices folliculaires de graisses et de particules métalliques que j'ai décrites sous le nom d'« encrage des follicules ».

Au bout de 2 mois environ, il a commencé à remarquer sur les mains et sur le visage une coloration brune qui a augmenté progressivement et ne paraît avoir été précédée ni de rougeur ni de desquamation. La teinte brune est devenue de plus en plus accusée jusqu'au mois d'octobre, date à laquelle il est venu me consulter.

A ce moment, l'aspect général du visage est celui d'un addisonien. La coloration brune occupe tout le visage, les oreilles, le cou. Elle est moins prononcée sur les mains.

Les régions pigmentées ont un reflet noirâtre; leur coloration, uniforme à distance, se présente, lorsqu'on l'étudie à la loupe, sous la forme d'un très fin réticulum disposé autour des orifices glandulaires, dans les mailles duquel la peau a conservé une teinte sensiblement normale; l'épiderme ne présente aucune desquamation. Tous les orifices folliculaires sont nettement apparents à la loupe et sont le siège d'une très fine hyperkératose ponctuée absolument analogue à celle qui marque le début du lupus érythémateux.

Le malade n'éprouve ni prurit, ni sensations anormales au niveau des parties pigmentées.

Les régions couvertes par les vêtements et la muqueuse buccale ne sont le siège d'aucune coloration anormale.

Je conseille des applications de pommade à la lanoline avec eau oxygénée.

Le 19 novembre, le malade revient consulter ; la coloration du visage est un peu moins accusée.

Le 19 juin 1948, il entre à l'hôpital Saint-Louis pour se faire opérer d'une hydrocèle.

La pigmentation a très notablement diminué d'intensité, en même temps qu'elle a pris une teinte grisâtre, les lésions conservant par ailleurs les mêmes caractères.

Cette atténuation a succédé à un changement de travail : depuis plusieurs mois, le malade ne tourne plus d'obus, mais des cylindres de moteur en aluminium et n'est plus obligé de faire usage de lubrifiants.

Ce malade a eu il y a 40 ans, étant à Madagascar, des accidents paludéens qui n'ont pas récidivé. Il n'a aucun symptôme de maladie d'Addison en dehors de la pigmentation des régions découvertes.

Une biopsie, pratiquée par M. le Dr Pellier, a permis de constater dans le derme des lésions très analogues à celles du lupus érythémateux, consistant en un infiltrat à type d'inflammation chronique avec mastzellen et gros blocs pigmentaires siégeant manifestement dans le derme.

Oss. II. — Mme J..., âgée de 47 ans, vient me consulter le 25 juin 1947, pour une affection du visage et des mains remontant à quelques semaines. Elle travaille depuis 5 mois dans une usine, où elle est occupée à tourner des obus ; elle se sert comme lubrifiant d'une huile dont elle ne peut préciser la nature.

La face tout entière, le cou, les oreilles sont le siège d'une coloration bronzée, brunâtre, à reflet noirâtre, de teinte uniforme.

Sur les joues, la coloration est un peu plus foncée, à reflet cuivré ; des squames se détachent de temps à autre, laissant après leur chute un épiderme de coloration normale ; elles se montrent surtout au niveau des rides. En examinant les joues à la loupe, on constate que la pigmentation n'est pas absolument uniforme ; elle est disposée en fin réseau entourant les orifices glandulaires ; au niveau de ceux-ci, on constate de petites perforations épidermiques entourées d'une légère hyperkératose, comme au début du lupus érythémateux.

Sur le front, on voit de petits comédons noirs, au niveau d'un certain nombre d'orifices glandulaires.

Sur le cou, la coloration est moins foncée ; elle occupe toute sa surface, se prolonge sur la partie supérieure du thorax, principalement sur la ligne médiane en avant, suivant le contour de l'ouverture des vêtements. Il n'y a pas de desquamation au niveau du cou.

Sur la face dorsale des mains et des avant-bras, dans leur partie découverte, la peau est épaissie, rugueuse ; les orifices glandulaires sont surélevés, rappellent l'aspect du pityriasis rubrapilaire. Les squames sont très adhérentes. La coloration brune des téguments est moins prononcée que sur la face.

Il n'y a aucune pigmentation sur le reste du corps.

La muqueuse palatine est décolorée. Sur la face interne des joues, on remarque quelques taches légèrement pigmentées, qui ne ressemblent pas à celles de la maladie d'Addison.



L'état général est très bon. La malade est forte, douée d'un embonpoint marqué.

Dans le courant des mois de juillet et août, la desquamation a diminué, la pigmentation est restée à peu près identique. La malade a été ensuite perdue de vue.

Les deux malades, dont je viens de rapporter l'observation, étaient, parmi un très grand nombre de tourneurs d'obus que j'ai pu observer, les seuls qui fussent atteints de pigmentation. Ils ne connaissaient pas, dans leurs ateliers, de camarades atteints de la même lésion.

Il ne paraît cependant pas douteux que la dermatose si curieuse qu'ils présentent et qui occupe exclusivement les parties découvertes, est due à l'action directe des huiles de graissage, huiles impures, chargées de poussières, de débris métalliques, qui provoquent si fréquemment chez les tourneurs d'obus les folliculites connues sous le nom de « boutons d'huile ». L'amélioration survenue chez le premier malade à la suite d'un changement de travail vient confirmer cette étiologie.

Le mécanisme de la production de la pigmentation n'est pas fixé par l'examen histologique, qui montre seulement des lésions périfolliculaires, à type chronique, cadrant bien avec l'apparence clinique des lésions. La pigmentation, nettement intradermique, est sous la dépendance du processus inflammatoire et n'est pas due au dépôt de particules métalliques dans les orifices glandulaires.

La limitation exclusive aux régions découvertes et les caractères spéciaux des lésions ostio-folliculaires éliminent complètement la maladie d'Addison.

## SUR UN CAS DE « XERODERMA PIGMENTOSUM »

Par le Dr M. Pujol,

Ancien chef de Clinique à l'Université de Toulouse,  
Médecin-major de 2<sup>e</sup> classe.

Les hasards de notre vie actuelle viennent de nous amener à observer et à étudier une malade atteinte de « xeroderma pigmentosum » ou dermatose de Kaposi qui nous paraît pouvoir fournir prétexte à quelques considérations intéressantes. La maladie de Kaposi a été assez souvent observée en France, mais il persiste encore sur sa nature, son étiologie et son interprétation suffisamment d'inconnues pour que tout fait nouveau mérite d'être colligé.

Voici notre observation :

Marie F., femme B., âgée de 37 ans, habite depuis longtemps Saint-Nicolas-du-Port et est née à Morhanges, non loin de cette première ville. Elle nous est conduite par sa fille, femme de journée dans notre hôpital, pour nous consulter au sujet d'ulcérations siégeant au niveau du dos de la main gauche et du poignet ; ces ulcérations qui persistent depuis des mois n'ont aucune tendance à la guérison ; elles auraient été au dire de la malade produites par les griffes d'un lapin qu'elle voulait changer de cage.

L'interrogatoire de la malade, celui de sa fille nous fournissent les renseignements suivants.

*Antécédents héréditaires.* — Le grand-père paternel de Mme F. est mort à 92 ans ; depuis l'âge de 50 ans il présentait des taches suspectes sur la peau. Aucun renseignement précis sur le père et la mère de la malade morts depuis longtemps.

La sœur de Mme F. habite Saint-Nicolas ; elle vend des journaux et nous avons pu l'observer très fréquemment ; âgée de 54 ans, elle présente une rougeur diffuse de la face avec de nombreuses télangiectasies au niveau de la région malaire ; elle présente une peau anormalement ridée avec quelques taches jaunâtres de crasse épithéliale au niveau du front et du dos de la main.

La fille de la malade est âgée de 37 ans ; elle présente également une rougeur diffuse de la face avec quelques télangiectasies au niveau des joues ; bien que nous la sachions très sobre, elle a le facies alcoolique classique le mieux caractérisé. Sa santé générale est d'ailleurs très bonne.

*Description de la malade.* — Marie F. présente au complet tous les signes cliniques du syndrome de Kaposi. Nous les rappelons brièvement :

- a) caractère familial et longue évolution de l'affection ;
- b) existence et apparition successive sur la peau des régions découvertes d'un érythème diffus, de lésions pigmentaires et atrophiques, de télangiectasies, d'épithéliomatose ;

c) au point de vue histologique, atrophie diffuse des différentes couches de la peau avec infiltration inflammatoire du derme.

*Début de l'affection.* — La malade ne peut le préciser ; en dehors d'ailleurs des ulcérations qui l'amènent à nous, ulcérations qu'elle persiste à déclarer accidentelles, Marie F. se croit en excellente santé. Il semble cependant que les modifications de la peau ont apparu nettes vers l'âge de 35 ans ; la fille de la malade âgée de 37 ans présente certainement le début de l'affection.

Ce qui frappe surtout à l'aspect extérieur de la malade, c'est le caractère sénile des téguments de la face et en général des régions découvertes ; âgée seulement de 57 ans, Marie F. en paraît 70. Quand elle se déshabille, par contre, la peau de la poitrine et de l'abdomen est absolument normale.

La peau du visage et du cou présente une infinité de petites rides qui constituent surtout le caractère sénile de Marie F., car les cheveux sont relativement noirs.

*Description régionale.* — L'affection porte à peu près exclusivement sur deux régions :

a) la face et le cou ;

b) la région dorsale des mains et des avant-bras.

Au niveau du front, nombreuses rides, mais la peau garde sa souplesse normale ; elle se mobilise facilement sur les plans profonds, mais est très amincie. L'ensemble du tégument est fortement pigmenté par des taches jaunes, à contour festonné présentant une dimension de 1 centimètre environ, et dont la délimitation est difficile. A côté des taches pigmentaires il existe des taches atrophiques du volume d'un grain de chènevis, présentant l'aspect déprimé et blanchâtre des cicatrices varioliques, moins en creux cependant.

Au niveau de la paupière supérieure le bord libre très pigmenté porte des sourcils châtains foncés régulièrement implantés ; si l'on demande à la malade d'occlure les yeux, toute la partie de la paupière supérieure normalement cachée dans l'orbite apparaît blanchâtre et très atrophique ; cet état contraste singulièrement avec bord libre de la paupière.

Au niveau de la région malaire, érythème diffus sur lequel se détachent des télangiectasies formant sous l'épiderme des arborisations rouge vif, que l'étirement de la peau fait pâlir mais non disparaître.

Au niveau du sillon naso-génien deux productions intéressantes à décrire. De nuance marron foncé, constituées par des débris épidermiques accumulés reposant sur une masse indurée du volume d'un grain de maïs environ, deux tumeurs saignant facilement quand on les racle avec une spatule. Ces deux petites tumeurs constituent indubitablement deux productions épithéliomateuses. Nous en avons pratiqué l'ablation partielle et la cautérisation ignée. On trouvera plus bas l'examen histologique.

Au niveau de la lèvre supérieure, du menton, taches jaunâtres et cicatrices atrophiques nombreuses. Au niveau du cou toujours une assez grande quantité de taches pigmentaires mais surtout une infinité de petites rides et peau très mince analogue à du papier de soie froissé.

Au niveau des membres supérieurs, la face dorsale des avant-bras et des poignets présente seule des lésions. Ces membres sont habituellement

découverts part la malade pendant le travail. Une quantité considérable de taches pigmentaires, couleur café au lait, alternent avec des parties paraissant dépigmentées. Il est aisé de se rendre compte que les ulcérations que la malade attribue à la griffe du lapin sont des ulcérations néoplasiques. Le fond est bourgeonnant, les parties supérieures du cratère sont indurées, violacées; une sanie jaunâtre se concrète à la surface. Nous en avons prélevé une, ainsi que la peau avoisinante pour l'examen histologique.

Les parties des téguments couvertes par les vêtements sont saines, de coloration et de consistance normales; l'aréole du mamelon est normalement pigmentée; il en est de même de la région vulvaire.

L'état général de la malade est bon: l'examen clinique de tous les appareils est négatif. Les urines ne renferment ni albumine, ni sucre; la pression artérielle au Vaquez-Laubry est de 14 et 8 et demi. La réaction de Wassermann-Bordet est négative.

L'état mental de la malade mérite de retenir notre attention; la fille de Marie F. insiste sur le caractère irritable de sa mère et sur l'impossibilité où elle est de la garder chez elle; elle a des accès de fureur à propos de rien, des crises de rire sans motif. Nous avons pu, pour notre part, quand nous avons proposé à la malade de la photographeur, apprécier son caractère difficile. Par contre, à certains jours, elle paraît oublier toute retenue et, pour nous prouver qu'elle est saine par ailleurs, elle relève ses vêtements avec la plus tranquille impudeur.

*Examen histologique.* — Par suite des circonstances actuelles, nous n'avons pu disposer pour la coloration de nos coupes que d'hématéine, d'éosine et de Van Gieson; la fixation a été obtenue par l'alcool-formol-acide acétique. Nous avons vivement regretté que la bonne volonté de la malade ne nous ait pas permis de faire porter nos biopsies en dehors des régions prétendues malades.

Dès lors, nos examens ont porté :

- a) sur la petite tumeur de l'angle naso-génien;
- b) sur une ulcération de l'avant-bras avec un fragment de la peau avoisinante; par comparaison, nous avons fait des coupes sur la peau de la face dorsale de l'avant-bras d'un blessé de guerre.

Nous ne nous arrêterons pas sur la petite tumeur de la face; il s'agit d'un épithélioma lobulé avec globes épidermiques sans aucun espèce de caractère particulier.

L'examen histologique des coupes prélevées au niveau de l'avant-bras peut se résumer ainsi :

Amincissement de toutes les couches de la peau mais surtout du derme, dont l'épaisseur atteint à peine la moitié de celle du derme normal. Ce derme est pauvre en cellules, en fibres élastiques, en fibres musculaires lisses, en vaisseaux, en glandes sudoripares; il prend mal les colorants et les vaisseaux y sont grêles. Nous n'avons pas constaté la présence de pigment en quantité anormale, pas plus que l'infiltration leucocytaire signalée par les auteurs.

En ce qui concerne, l'épiderme même remarque; amincissement et état rudimentaire de toutes les couches de cellules qui existent cependant mais suivant un type réduit; la région papillaire est à peine ébauchée, la couche génératrice est aplatie et les cellules cubiques.

L'ulcération suspecte, peu profonde, montre l'existence d'un épithélioma du même type que celui de l'angle naso-génien ; le fond en est constitué par une zone amorphe, infiltrée de nombreuses cellules volumineuses du type dit plasmazellen de Unna ; quelques éosinophiles de-ci de-là.

En résumé, notre malade présente tous les éléments du syndrome de Kaposi dont nous avons rappelé plus haut les éléments constitutifs

Une seule particularité pourrait faire discuter le diagnostic, à savoir le début tardif de l'affection chez notre malade. Pour la plupart des auteurs en effet et en particulier pour le P<sup>r</sup> Audry et son élève Rouvière, en dehors du caractère familial, le début dans l'enfance est de rigueur ; les observations du xeroderma pigmentosum du type tardif sont douteuses pour eux, et doivent être rangées parmi les épithéliomatoses pigmentaires type Unna.

Cette opinion n'est pas admise par tous les auteurs en particulier par Gaucher et Milian. Dalous et Constantin ont essayé d'étayer la première opinion sur des constatations histologiques, en particulier sur l'inégale répartition des lésions au niveau du derme et de l'épiderme, les lésions de dégénérescence du derme étant de beaucoup plus marquée. Quand on relit les observations publiées, quand on envisage les différents types cliniques du xeroderma, types acceptés par tous les auteurs et correspondant à des états histologiques certainement différents, quoique voisins, en est en droit de conserver quelque scepticisme. D'ailleurs, dans notre observation, les lésions du derme, certainement du même type que celles de l'épiderme, étaient plus marquées. Est-il besoin d'ajouter que la longue évolution de l'affection chez certains sujets est une grosse difficulté pour les suivre et pour connaître leur sort définitif ? Il est possible enfin que la complication néoplasique ne constitue qu'un caractère contingent du syndrome, mais c'est le néoplasme qui par sa situation ou sa formule histologique règle l'évolution.

Ce qu'il faut retenir du syndrome de Kaposi, c'est l'existence chez certains sujets d'un caractère de débilité héréditaire et familial de la peau, la rendant peu résistante vis-à-vis des agents extérieurs. L'apparition à peu près fatale de l'épithélioma assombrit le pronostic.



## REVUE DE VÉNÉRÉOLOGIE

### I. — *Blennorrhagie.*

**Sur l'atténuation du gonocoque** (Sopra la attenuazione del gonococco), par M. COPELLI. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, t. LVI, 7 juillet 1915, p. 217.

Après plusieurs passages sur des milieux peptone-urée, C. est arrivé à faire vivre le gonocoque sur agar glucosé. Le degré de virulence des différents échantillons a été établi par plusieurs épreuves : réaction locale et générale chez les blennorrhagiques, étude des opsonines et de la phagocytose. Enfin le gonocoque cultivé sur agar glucosé a pu être inoculé dans l'urètre antérieur de 7 hommes sans provoquer de blennorrhagie. C. utilise ce gonocoque atténué pour les vaccinations antigonococciques. PELLIER.

**Néphrite gonococcique aiguë** (Nefritis gonococcica aguda), par A. SAINZ DE AJA. *Actas dermo-sifiliograficas*, juin-juillet 1916, p. 256.

Dans l'observation de S. il convient de noter que le sujet étant d'une part syphilitique, de l'autre porteur d'un phimosis avec balano-postite, le diagnostic fut difficile à établir et trouva sa première confirmation dans le résultat très favorable de la vaccinothérapie antigonococcique. PELLIER.

**Le traitement des urétrites blennorrhagiques chez l'homme par l'anhydride sulfureux**, par Maurice LACOMBE. *La Presse Médicale*, 3 janvier 1918, p. 5.

L... injecte dans l'urètre un mélange extemporané de quatre centimètres cubes d'une solution d'acide picrique à 6 pour 1000 d'eau et de un centimètre cube d'une solution d'hyposulfite de soude anhydre à 17 pour 100. Ces deux solutions mélangées dégagent, à la température de 37°, en vingt minutes environ, trois centimètres cubes de  $\text{SO}_2$  à une pression progressivement croissante et uniformément répartie, le méat étant obturé. Venant en contact intime avec l'épithélium muqueux, l'anhydride sulfureux exercera son action microbicide et antiseptique sur les gonocoques situés à sa surface ; de plus il pénétrera dans tous les diverticules glandulaires, l'interstice des cellules et dans tous les repaires où les gonocoques restent à l'abri des antiseptiques liquides vainement injectés et qui ne font que glisser sur l'épithélium sans pouvoir parvenir jusqu'à eux. L'anhydride sulfureux est sans action nocive sur les cellules.

Dans la blennorrhagie aiguë au début L... pratique 3 injections par jour ; de même dans l'urétrite antérieure aiguë, à la période d'état. Dans la blennorrhagie aiguë avec atteinte de l'urètre postérieur 3 injections par jour de 6 centimètres cubes. Dans l'urétrite chronique 1 injection par jour de 5 ou 6 centimètres cubes suivant que l'urètre postérieur est atteint ou non

L... a traité avec succès par cette méthode 130 malades de ces diverses catégories.

R.-J. WEISSENBACH.

## II. — Chancre mou.

**Saprophytisme des germes vénériens**, par H. GOUGEROT. *Journal des Praticiens*, 17 novembre 1917, p. 721.

Le saprophytisme des germes vénériens, c'est-à-dire l'existence à la surface ou dans les tissus de germes vivants sans qu'il y ait lésions cliniques appréciables, est discuté. Pourtant des faits cliniques bien observés, quelques constatations bactériologiques heureuses permettent d'affirmer que ce saprophytisme est une réalité tout au moins pour les germes spécifiques de la syphilis, de la chancelle et de la blennorrhagie. Presque toujours il s'agit d'individus ayant eu des lésions vénériennes antérieures; c'est une persistance saprophytique des germes. Parfois il s'agit de sujets « neufs ». On conçoit l'intérêt prophylactique de la notion d'existence de ces porteurs de germes vénériens.

R.-J. WEISSENBACH.

**Sur une complication peu connue du chancre simple chez l'homme : le bubonulus du sillon balano-préputial** (Sopra una poco nota complicanza dell'ulcera veneria dei genitali maschili: il bubbonulo del solco), par F. RADAELI. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, février 1916, p. 441.

Chez des sujets atteints de chancre simple on peut observer dans le sillon balano-préputial de petites tuméfactions, soulevant et distendant la muqueuse, de consistance assez dure pour simuler en cela un chancre syphilitique épidermisé. A la palpation on se rend compte que ces tuméfactions se prolongent en une sorte de cordon se dirigeant vers la ligne médiane de la verge. La rapidité d'évolution, la profondeur de l'infiltration, la possibilité de retirer du pus par ponction, éviteront de confondre ces lésions avec l'accident primaire de la syphilis. Leur origine s'explique très simplement par la disposition des lymphatiques de la région. PELLIER.

**Formes papuleuse et nodulaire du chancre simple de la région balanopréputiale**, par Marcel FERRAND. *La Presse médicale*, lundi 22 juillet 1918, n° 41, p. 373 (avec figures dans le texte).

F. décrit deux variétés de la chancelle qui s'écartent notablement du type classique à certains moments de leur évolution; elles sont souvent d'interprétation difficile et peuvent ressembler à un accident syphilitique primaire ou secondaire ou à un chancre mixte. Ces deux variétés ne sont pas des raretés, elles constituent un dixième environ des chancelles observées par F. Leur siège presque exclusif chez l'homme est le sillon périlabanique, le bourrelet et l'extrémité libre du prépuce.

1<sup>re</sup> *Forme papuleuse*. — Saillie nummulaire ou discoïde, limitée par un rebord abrupt de 2 à 5 millimètres, presque toujours de forme irrégulière. Sa surface est d'un grain grossier, jaune bistre parsemé de points ternes et grisâtres, relevé en bordure par un liséré jaune soufre, puis par un cercle carminé. Au palper, consistance ferme, presque dure; si on insiste, la résistance s'atténue, la lésion semble plus souple; la base est solidement implantée dans les tissus sous-jacents. Cet aspect est acquis vers la troi-

sième ou quatrième semaine de l'évolution d'une chancrille non traitée, qui a présenté d'ordinaire au début l'aspect du chancre non typique, d'où la confusion possible avec l'évolution d'un chancre mixte.

2° *Forme nodulaire.* — Dans la forme précédente, c'est la saillie de l'élément qui consiste l'anomalie; dans la forme nodulaire c'est la consistance de la base. Le plus souvent quand la réaction inflammatoire diffuse du chancre mou s'atténue, toute tuméfaction, si elle a existé même légère, disparaît. Dans ces cas la tuméfaction persiste, elle reste ferme et tendue et se limite à la base de l'élément. Cette base profondément située n'est accessible qu'aux doigts qui la cherchent et s'efforcent de la délimiter. Quand la chancrille siège à la fois dans le sillon et sur le repli balano-préputial, ce dernier seul réagit et constitue à la partie de l'élément qu'il supporte un bourrelet dense et résistant. Tantôt enfin l'ulcération ou ce qui en reste repose tout entière sur un nodule large et proéminent ovalaire, arrondi ou plus ou moins irrégulier. Le nodule disparaît rapidement quand est obtenue la guérison des pertuis étroits et profonds qui prolongent l'existence de ces chancrilles.

Le diagnostic des lésions qui ont servi de base à cette description a été confirmé par l'examen bactériologique, l'examen histologique de biopsie, la réaction de Wassermann répétée pour éviter de méconnaître le chancre mixte.

F. conclut qu'en général l'étude attentive des lésions permet de reconnaître cliniquement leur nature, quitte à vérifier le diagnostic proposé par les recherches microscopiques et sérologiques nécessaires. Plus rarement l'analyse la plus minutieuse reste imprécise : ces recherches ou, à leur défaut, l'observation prolongée deviennent indispensables.

R.-J. WEISSENACH.

**Traitement des bubons chancrilleux par le procédé de Fontan (Injection de vaseline iodoformée),** par W. DUBREUILH et E. MALLEIN. *La Presse Médicale*, 11 juillet 1948, p. 4948.

D. et M. ont traité par ce procédé 421 malades dont 106 avec succès complet et 15 insuccès : dans deux cas le traitement a provoqué un érythème toxique iodoformique, d'ailleurs sans gravité. D. et M. emploient la vaseline iodoformée froide, modifiant sur ce point la technique de Fontan, pour éviter la sortie de la vaseline liquéfiée par l'orifice de ponction. Guérison en 4 ou 6 jours. Les 15 insuccès se répartissent en 4 fistulisations, 8 chancrillisations du bubon, et 3 chancrillisations des bubons antérieurs au traitement. La fistulisation semble être due dans ces cas à une faute de technique, incision trop large en pratiquant la ponction au bistouri. L'emploi du procédé de Fontan est contre-indiqué : 1° quand la chancrillisation de la peau est manifeste ou l'infection de la peau telle que celle-ci est sur le point de se rompre ; 2° quand la suppuration n'est pas nette, quand la fluctuation manque. Il est indispensable que l'évacuation du pus soit complète. La vaseline iodoformée doit être injectée en quantité égale à celle du pus évacué. Le repos au lit après l'injection est préférable mais non indispensable : ce traitement peut être employé comme traitement ambulatoire.

R.-J. WEISSENACH.

## REVUE DE SYPHILIGRAPHIE

---

### I. — Généralités.

#### *Syphilis pendant la guerre.*

La syphilis après deux ans de guerre, par GAUCHER et BIZARD. *Paris Médical*, 20 janvier 1917, p. 54.

Tandis qu'avant la guerre il y avait 300 syphilis récentes sur 3 000 malades traités à la clinique de dermatologie et de syphiligraphie, soit 1 sur 10, dans les 16 premiers mois de la guerre on trouve 800 syphilis récentes sur 5 000 malades, soit 1 sur 6, et dans les 8 mois suivants, 600 syphilis récentes sur 2 300 malades, soit 1 sur 4. La syphilis, qui dans les 16 premiers mois de la guerre avait augmenté de plus d'un tiers, dans les 8 mois suivants a augmenté de plus de la moitié. Dans la population civile, la syphilis des très jeunes gens et des hommes âgés a augmenté de fréquence. Chez les militaires, ce sont les plus jeunes classes qui paraissent proportionnellement moins atteintes ; ce sont les hommes d'âge moyen, de 25 à 35 ans, qui fournissent les deux tiers du contingent des syphilitiques.

Sur 120 militaires, atteints d'accidents primitifs ou secondaires, 42 étaient mariés et 78 célibataires. Cette grande proportion d'hommes mariés contaminés explique la grande augmentation de la syphilis chez les femmes mariées : près des deux tiers des femmes atteintes de syphilis récente étaient mariées, et pour la moitié d'entre elles la contamination par le mari semble certaine.

R.-J. WEISSENBACH.

Vue d'ensemble de la syphilis tertiaire chez les indigènes du Maroc, par LACAPÈRE. *La Presse Médicale*, 18 mars 1918, p. 146.

Les principales différences qui distinguent la syphilis tertiaire des Arabes de la syphilis tertiaire des Européens sont dues à une cause unique, l'absence habituelle du traitement.

R.-J. WEISSENBACH.

Ulcérations syphiloïdes compliquant ou non des plaies de guerre, par GOUGEROT et CLARA, *Annales des maladies vénériennes*, décembre 1916, p. 745.

Ulcérations rappelant étonnamment des gommés ulcérées ou des syphilitides ulcéreuses ; cependant elles résistent au traitement spécifique énergétique, il n'y a pas d'antécédents suspects chez les malades, et la séro-réaction de Wassermann est négative.

Peut-être y a-t-il lieu de soupçonner la pathomimie. M. GOVAERTS.

### II. — Syphilis héréditaire.

Quelques problèmes étiologiques et thérapeutiques de la syphilis congénitale (Algunos problemas etiologicos y terapeuticos de la sífilis

congenita), par J.-P. COVISA. *Actas dermo-sifiliograficas*, avril-mai 1947, p. 186.

L'influence fœticide de la syphilis diminue et peut arriver à se supprimer, par un traitement méthodique, lorsqu'on emploie simultanément le salvarsan et une médication mercurielle soluble. Employée avec prudence, cette méthode ne semble déterminer aucun des inconvénients qu'on lui a parfois reprochés.

La réaction de Wassermann donne, chez le nouveau-né, des résultats incertains.

PELLIER.

**Épisodes convulsifs viscéraux dans la syphilis héréditaire, vomissements paroxystiques, crises d'entéralgie, incontinence d'urine**, par BARBIER. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 22 février 1948, p. 474.

B. attire l'attention sur l'existence chez les enfants atteints de syphilis héréditaire d'accidents convulsifs viscéraux consistant soit en vomissements paroxystiques, soit en crises d'entéralgie, soit en incontinence d'urine. Il insiste surtout sur les vomissements surtout fréquents de 5 à 10 ans, se produisant brusquement, sans relation avec les repas, le plus souvent le matin à jeun ; ils s'accompagnent de céphalée, surtout frontale, qui parfois précède les vomissements et disparaît dès que cessent ceux-ci. La crise peut durer quelques minutes, une demi-journée, parfois 2 ou 3 jours. Leur réapparition est variable, sans caractère rythmique. Parfois en plus de la céphalée on observe un syndrome méningé transitoire.

Le liquide céphalo-rachidien est clair, plus ou moins hypertendu, la réaction leucocytaire inconstante et peu accusée. La réaction de Bordet-Wassermann est positive, qu'il y ait lymphocytose ou non.

Ces accidents peuvent coexister avec des accidents plus caractérisés d'hérédo-syphilis nerveuse, mais sont le plus souvent isolés. Le traitement mercuriel prolongé doit être institué.

R.-J. WEISENBACH.

**Syphilis post-conceptionnelle** (Sifilis postconcepcional), par MANUEGO-VILLAPADIerna. *Actas dermo-sifiliograficas*, avril-mai 1947, p. 198.

Le nouveau-né issu de parents syphilitiques et présentant un Wassermann négatif ne doit pas de ce fait être considéré comme sain. Il doit être surveillé, et les examens sérologiques doivent être renouvelés fréquemment. Les cas exceptionnels où l'enfant a été contagionné par sa mère, rendent plus délicate la question de l'allaitement par la mère syphilitique, lorsque la réaction de Wassermann de l'enfant est négative. Il en est de même dans le cas où un enfant à réaction de Wassermann positive doit être allaité par une mère dont la réaction est négative.

PELLIER.

**De quelques réactions humérales dans l'épilepsie essentielle**, par L. BABONNEIX et H. DAVID. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 17 avril 1948, p. 357.

Pour B. et D. l'épilepsie « essentielle » n'est essentielle que de nom et relève en réalité de lésions méningo-corticales souvent fort discrètes et dues elles-mêmes, dans la plupart des cas, à l'hérédo-syphilis.

Dans dix cas de crises convulsives, qui, par leur évolution, semblaient



bien tous ressortir à l'épilepsie essentielle, B. et D. ont constaté que chez la plupart de ces sujets la réaction de Wassermann était faiblement positive dans le sang et qu'il existait une légère lymphocytose céphalo-rachidienne. Ces résultats pourraient s'interpréter ainsi. Dans l'évolution de l'épilepsie il y a lieu de distinguer deux phases : une phase interparoxystique où il n'existe aucune modification biologique du sang ni du liquide céphalo-rachidien et une phase paroxystique où la réaction devient faiblement positive et où l'irritation de la séreuse arachnoïdienne se décèle par une lymphocytose légère du liquide céphalo-rachidien. Comme la tuberculose, comme la syphilis nerveuse acquise, la syphilis nerveuse héréditaire procéderait donc par poussées évolutives.

R.-J. WEISSENACH.

### III. — Étude clinique.

**Note clinique et thérapeutique sur un cas très grave de cachexie syphilitique** (Un gravissimo caso de cachessia sifilitica. Nota clinica terapeutica) par A. CHIEFFI. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, février 1916, p. 449.

Une observation typique de syphilis maligne chez un sujet de 17 ans. Le poids du malade est réduit à 28<sup>kg</sup>,900. La réaction de Wassermann négative est devenue positive après une injection de 0<sup>gr</sup>,15 de novarsénoben-zol et redevient négative après la quatrième injection (0<sup>gr</sup>,55). L'état du malade s'améliore dès le début du traitement et son poids remonte à 42<sup>kg</sup>,500. Les globules rouges ont passé de 3 190 000 à 4 980 000. PELLIER.

**Syphilis ignorée et chirurgie**, par DECRETON. *Journal des Praticiens*, n° 45, 10 novembre 1917, p. 740.

A propos de trois observations D. insiste sur la valeur du traitement d'essai, mercuriel ou arsenical, combiné avec la réactivation de la réaction de Bordet-Wassermann.

R.-J. WEISSENACH.

**Syphilomes multiples du vagin** (Sifilomi multipli della vagina), par G. CAVAGNI. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 14 mai 1915, p. 131.

Cinq chancres syphilitiques de la paroi vaginale sur une prostituée de 22 ans.

PELLIER.

**Chancres ou ulcères vénériens serpiginoux** (Chancros o ulceras serpiginosas venereas), par J. DE AZUA. *Actas dermo-sifiliograficas*, juin-juillet 1917, p. 221.

Le chancre simple phagédénique est une forme rare que A. n'a rencontré que cinq fois sur plus de quatorze mille cas. Le bacille de Ducrey ne se rencontre pas toujours au premier examen. Il est préférable pour les cultures d'ensemencer des fragments de tissu ; l'agar-sang humain est le milieu d'élection et c'est surtout dans l'eau de condensation qu'il faut rechercher les streptobacilles.

La réinoculabilité de la lésion, son début au niveau d'un ulcère vénérien, les recherches bactériologiques ayant donné des résultats positifs prouvent qu'il s'agit bien d'une infection vénérienne.

Les causes qui produisent la tendance phagédénique de certains chancres

sont inconnues. A. repousse les idées de Mac Donagh sur le rôle de la situation intraleucocytaire du B. Ducrey dans ces cas. Les cas publiés en Europe excluent l'importance que Mac Donagh accorde au climat. Les résultats favorables de l'iode de potassium observés par cet auteur laissent quelque peu sceptique. PELLIER.

**Sur les chancres extragénitaux et sur la syphilis d'origine extra-sexuelle** (Sui sifilomi iniziali extragenitali e sulla sifilide di origine extra-sessuale), par C. RUHL. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 26 mai 1918, p. 75.

Quarante-cinq cas inédits à ajouter aux statistiques antérieures. Le plus fort contingent est représenté par les chancres des lèvres. Les chancres du menton viennent en second rang et leur proportion semble en augmentation sur les statistiques antérieures.

R. pense que cette fréquence ne provient pas d'une défectuosité croissante dans les conditions d'hygiène des boutiques de barbiers, mais plutôt du nombre croissant de gens se rasant la barbe fréquemment. PELLIER.

**Anévrysme et insuffisance aortiques traumatiques chez un syphilitique**, par F. RAMOND et L. POSTINA. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, février 1918. p. 132.

Homme de 28 ans, au front depuis novembre 1914; aucun accident syphilitique antérieur avoué, mais réaction de Wassermann positive; très bien portant. En juillet 1917 est violemment projeté sur le sol par l'explosion d'une torpille ayant éclaté à une trentaine de mètres. Contusion superficielle thoraco-abdominale; pas d'hémoptysie; perforation du tympan droit; dyspnée vive et sensation d'angoisse mal définie qui persiste même après que X... s'est alité et s'exagère au moindre effort. Examiné un mois plus tard, dans le service spécial du secteur, il présente tous les signes physiques d'un anévrysme avec insuffisance aortique, ce que confirme l'examen radioscopique, avec asystolie. Les accidents asystoliques s'aggravent dans les semaines qui suivent et X... succombe au début de novembre 1917. L'autopsie démontra l'existence de 3 petites dilatations anévrysmales de la crosse aortique avec insuffisance fonctionnelle de l'orifice aortique sans lésions des sigmoïdes et l'existence de nombreuses plaques d'artérite le long de la crosse et de l'aorte.

Pour R. et P. la vaso-constriction périphérique subite provoquée par l'explosion de la torpille (action mécanique compressive et action de frayer) chassant brusquement tout le sang périphérique vers les gros vaisseaux et le cœur a produit une hypertension brusque qui a déterminé la dilatation de la crosse aortique antérieurement altérée et de l'anneau aortique.

R.-J. WEISSENACH.

**Syphilis du pharynx**, par BELLIN et VERNET. *Paris Médical*, 7 septembre 1918, p. 205.

Homme, vu pour la première fois le 17 octobre 1916 se plaignant de dysphagie légère, et ne présentant que de l'angine érythémateuse. En novembre, même état, mais la dysphagie paraît disproportionnée avec l'état du pharynx et du larynx qui présentent seulement une légère rougeur

diffuse de la muqueuse. En décembre, recrudescence de la dysphagie douloureuse et enrouement; pas de lésions notables à l'examen laryngoscopique. En janvier, apparition de fièvre oscillant entre 38 et 39°. Léger empatement douloureux de la région cervicale périlaryngée. Pas de lésions du pharynx buccal, mais lésions importantes du pharynx inférieur: la paroi postérieure est tuméfiée, rouge avec sur la ligne médiane une masse blanc jaunâtre, proéminente, ulcérée à bords nets, à fond creusé; les parois latérales et la région crico-aryténoidienne présentent des lésions analogues. L'expectoration est abondante, purulente. Le larynx est rouge, le vestibule laryngien infiltré, la région sous-glottique est œdématisée, pas d'ulcération. Le diagnostic de syphilis est alors porté et le traitement par les injections de biiodure de mercure institué. Le malade meurt 45 jours plus tard de bronchopneumonie. A l'autopsie on constate en plus des lésions gommeuses du pharynx des abcès périlaryngés, un abcès thyroïdien et une fistule trachéo-pharyngée.

B. et V. insistent sur la localisation des lésions à la partie inférieure du pharynx: toute la partie du pharynx buccal accessible au regard fut indemne pendant le cours de la maladie. R.-J. WEISSENBACH.

**Hématémèse mortelle dans un cas de syphilis du foie: rupture d'une varice gastrique au niveau d'un éperon calcaire de spléno-artérie oblitérante et kystique**, par Paul CARNOT. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 41 janvier 1948, p. 7.

Femme de 44 ans, morte quelques heures après son entrée à l'hôpital de grande hémorragie gastrique. L'autopsie révèle: 1° des altérations des veines gastriques hypertendues et dilatées par suite d'une syphilis hépatique scléro-gommeuse; 2° la rupture d'une de ces veines dans la région de la grosse tubérosité, ayant entraîné l'hématémèse mortelle; 3° une endartérite oblitérante, kystique et calcifiée de l'artère spléno-gastrique, qui présentait un éperon calcifié dur et saillant sous-jacent à la veine rompue et qui avait provoqué sa perforation. R.-J. WEISSENBACH.

**La péritonite syphilitique**, par Maurice LETULLE. *La Presse Médicale*, jeudi 19 septembre 1948, p. 477.

La cirrhose du foie ressortit souvent à la syphilis: 74 fois sur 154 cas de cirrhoses, la réaction de Bordet-Wassermann a été positive. Une fois sur deux, à peu près, un cirrhotique banal, alcoolique peu ou prou, est atteint de syphilis ancienne encore en évolution. L'étude anatomopathologique confirme le rôle considérable joué par la syphilis dans le développement des lésions inflammatoires « ascitogènes » du péritoine au cours de la cirrhose dite « alcoolique ». La péritonite syphilitique, qu'il faut se donner la peine d'étudier au microscope, accompagne très fréquemment la cirrhose hépatique; elle joue un rôle décisif dans la détermination de l'ascite; elle est curable. Toute cirrhose ascitogène doit, de prime abord, être soupçonnée de syphilis, même lorsqu'elle se développe sur un terrain alcoolique avéré ou sur un champ tuberculeux, et déduction logique, exemple du moindre risque, toute cirrhose du foie mérite de subir l'épreuve d'un traitement antisiphilitique méthodique et prolongé. R.-J. WEISSENBACH.

#### IV. — Étude biologique.

La période d'incubation de la syphilis, par JAMMON et TZANCK. *Paris-Médical*, 26 octobre 1918, p. 330.

Des travaux nombreux ont modifié notre conception de la pathologie humorale; Danysz, en considérant la période d'état des maladies infectieuses comme caractérisée par la présence des anticorps en excès dans le sang, formule une opinion qui sera probablement acceptée. Cette notion peut être appliquée à la division des périodes dans l'évolution de la syphilis.

Si on s'en tient à la conception classique le chancre est bien le premier symptôme net de la période d'état; il n'en est plus de même si on considère les choses du point de vue de la pathologie générale.

En premier lieu, lorsqu'un chancre devient cliniquement appréciable, il est arrivé à un moment de son évolution qui n'est pas essentiellement différent des jours précédents, l'apparition clinique n'étant que la manifestation grossière de processus histologiques dont le début remonte au jour de l'inoculation.

En second lieu la visibilité de la zone d'infection initiale constitue une exception particulière aux infections à inoculation cutanée. Il importe en effet de distinguer la période d'état d'une lésion de la période d'état d'une maladie. Si on suit les réactions de l'organisme pendant l'évolution du chancre on assiste à l'éclosion de toute une série de manifestations humérales en tous points comparables à celles des autres maladies infectieuses: apparition de la réaction de fixation du complément de Bordet-Wassermann dans le sang, lymphocytose, hyperalbuminose, réaction de fixation positive du liquide céphalo-rachidien. Ces signes absents au moment de l'apparition du chancre sont au contraire aussi fréquents vers la seconde moitié de la syphilis primaire que dans la période secondaire elle-même; leur apparition constitue un fait nouveau qui n'est contemporain ni du chancre ni de la roséole.

Les quarante-cinq jours de la « seconde incubation » ne sont donc pas une période homogène.

Dans la période dite primaire de la syphilis il faut distinguer deux phases: la première appartient à la période d'incubation, la seconde rentre dans le cadre de la période d'état.

La première est caractérisée par l'absence de tout signe de généralisation et de toute réaction humorale; elle est de tous points comparable aux périodes d'incubation des autres maladies infectieuses et ne se distingue de la période qui précède l'apparition du chancre que par cette apparition même. La deuxième est caractérisée par l'apparition des réactions humérales et les signes cliniques de généralisation: elle englobe la période secondaire des classiques et une partie de la période primaire.

Mais comme dans les maladies à évolution lente il n'y a pas de période d'invasion tranchant les limites entre la période d'incubation et la période d'état et les divers phénomènes huméraux que trahissent les symptômes tels que la céphalée, l'anémie, la fièvre, la roséole, s'étagent sur un temps plus ou moins long. En pratique on peut considérer que la limite des deux périodes se trouve aux environs du vingtième jour après l'appa-

rition du chancre, c'est-à-dire environ quarante jours après l'inoculation.

Des faits nombreux, surtout d'ordre expérimental, dus en particulier aux travaux de Neisser et de son école relatifs à l'étude de l'immunité dans la syphilis, confirment cette manière de voir qui entraîne des applications d'ordre pratique, les deux phases ainsi envisagées d'incubation et de période d'état de la syphilis comportant pour chacune d'elles la mise en œuvre d'une thérapeutique différente.

R.-J. WEISENBACH.

**Note sur l'intradermoréaction avec la luétine de Noguchi dans la syphilis** (Brave nota sulla intradermoreazione con la luetina de Noguchi nella sifilide), par A. CHIEFFI. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 26 mai 1948, p. 65.

L'intradermoréaction avec la luétine de Noguchi donne, mais inconstamment, une réaction chez les syphilitiques. Le maximum de fréquence correspond à la syphilis tertiaire (71,9 pour 100) et à la syphilis récente (59,2 pour 100), tandis que la réaction de Wassermann constamment positive dans la syphilis récente peut être négative dans les accidents tardifs. La réaction à la luétine ne paraît pas influencée par le traitement. Elle peut s'observer sur des sujets non syphilitiques. D'autres substances bactériennes (vaccin gonococcique) peuvent donner des réactions chez les syphilitiques.

PELLIER.

**Sur la réaction de Herxheimer** (Sulla reazione di Herxheimer), par ENZO BIZZOZERO. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 6 juillet 1944.

On peut obtenir des réactions de Herxheimer dans la roséole par injections intra-fessières de sublimé en utilisant des doses très inférieures à la dose normale d'un centigramme.

L'intensité de la réaction est, dans de certaines limites, proportionnelle à la dose injectée. Par l'emploi de doses toujours croissantes, espacées de deux à quatre jours, on obtient des réactions successives dont l'intensité suit la même proportion. La disparition rapide de l'exanthème empêche de poursuivre longtemps cette expérience. Les roséoles en voie de disparition sont d'ailleurs beaucoup moins sensibles à cette action, ainsi que l'avait montré Welander. Parmi les roséoles de retour, celles qui se rapprochent de la forme primitive, ont tendance à se comporter de la même façon; la réaction est plus faible et moins régulière dans les formes annulaires.

L'administration par voie buccale de doses élevées de sublimé provoque également la réaction mais avec beaucoup moins d'intensité.

Il est difficile d'admettre qu'une réaction obtenue par injection d'un milligramme de mercure puisse s'expliquer par l'effet des endotoxines consécutives à la mort d'une grande quantité de spirochètes. B. préfère adhérer à l'hypothèse d'une action directe du mercure sur le tissu altéré.

PELLIER.

**De l'emploi d'une échelle colorimétrique naturelle dans la réaction de Bordet-Wassermann**, par A. BERGERON et E. NORMAND. *La Presse Médicale*, 12 septembre 1948, p. 472.

B. et N. ont remplacé pour la mesure du degré de l'hémolyse, les



échelles colorimétriques fixes ordinairement employées, qui ne donnent jamais des teintes comparables à celles obtenues au cours de la réaction, une échelle fabriquée au moment de l'emploi par l'hémolyse d'un volume égal du même lot de globules rouges qui est utilisé pour la réaction de Bordet-Wassermann : la série des dix tubes utilisés donne une gamme de dix teintes d'intensité croissante correspondant à 10, 20, 30, etc., pour 100 de l'hémolyse totale. L'addition, à chaque tube étalon, d'une quantité de sérum humain et de sérum de cobaye égale à celle utilisée dans la réaction rend exactement comparables les colorations des tubes étalons et celles des tubes qui ont servi à la réaction de fixation. Ce procédé colorimétrique est l'application à la réaction de fixation du procédé déjà employé par May et par Weissenbach pour la détermination exacte du taux de l'hémolyse dans la mesure de la résistance des hématies aux différents agents lytiques : solutions hypotoniques et substances hémolytiques.

R.-J. WEISSENBACH.

**La syphilis avérée et son sérodiagnostic. La méthode de saturation**, par ESCHBACH et DUHOT. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 49 juillet 1918, p. 794.

Le chauffage à 56° du sérum à éprouver détruit « l'anticorps syphilitique » dans une proportion élevée. Quand on utilise le sérum non chauffé, le pouvoir hémolytique naturel vis-à-vis des hématies employées comme réactif, étant très variable il est nécessaire de titrer ce pouvoir pour chaque sérum. E. et D. réalisent par la méthode de saturation un titrage du pouvoir hémolytique de chaque sérum au cours même de la réaction : après 1 heure 1/2 de séjour à l'étuve à 37° en vue de la fixation du complément par les anticorps spécifiques, on ajoute une unité globulaire (11 gouttes d'une suspension d'hématies de mouton à 1/20), on renouvelle cette dose lorsque la dose précédente a été hémolysée et cela autant de fois qu'il est nécessaire jusqu'à saturation du pouvoir hémolytique. Cette technique permet de mettre en évidence la plus minime différence d'hémolyse existant entre les tubes contenant l'antigène et le sérum et le tube témoin contenant le sérum seul. Dans un deuxième temps, à titre de contrôle, on ajoute, après saturation du pouvoir hémolytique naturel, un excès de sensibilisatrice artificielle permettant à l'alexine libre, s'il en existe, de manifester jusqu'au bout son action. On réalise par cette technique non seulement le titrage du pouvoir hémolytique naturel total mais celui de l'alexine naturelle du sérum étudié.

R.-J. WEISSENBACH.

**Paralysie générale, syphilis nerveuse et liquide céphalo-rachidien**, par J.-A. SICARD et H. ROGER. *La Presse Médicale*, 9 septembre 1918, p. 457.

Si les modifications d'hyperalbuminose et d'hypercystose rachidienne sont des signes de présomption de syphilis nerveuse, la réaction de Bordet-Wassermann positive du liquide céphalo-rachidien est seul un critérium de certitude. Il y a opposition entre l'hyperalbuminocytose rachidienne dont la constatation peut d'après certains auteurs rester indépendante de tout symptôme clinique et le Bordet-Wassermann rachidien qui s'accompagnera nécessairement de signes plus ou moins effacés ou évidents de la

série neurologique ou psychiatrique. Etant donnée la valeur diagnostique de la réaction Bordet-Wassermann positive du liquide céphalo-rachidien cette réaction doit être méthodiquement recherchée et répétée dans les cas à résultat douteux ou négatif.

Dans toute paralysie générale, même à ses débuts, la réaction est positive dans le liquide rachidien. On peut éliminer le diagnostic de paralysie générale si la réaction reste négative. On doit à peu près affirmer le diagnostic de paralysie générale chez tout sujet qui ne présente aucun signe objectif de syphilis cérébro-spinale, mais dont les seuls symptômes cliniques et humoraux sont, d'une part, des modifications du caractère et d'autre part une réaction de Bordet-Wassermann positive du liquide rachidien. Une exception est cependant possible pour certaines lésions gommeuses cérébro-frontales syphilitiques qui peuvent s'accompagner de troubles psychiques et d'une réaction positive.

La réaction de Bordet-Wassermann positive du liquide rachidien s'est montrée jusqu'à présent irréductible après toutes les thérapeutiques les plus risquées et même après arsénobenzothérapie intensive poussée jusqu'aux limites extrêmes de l'intoxication grave, aiguë ou chronique.

R.-J. WEISENBACH.

#### V. — Étude thérapeutique.

**Un cas d'hémorragies multiples produites par des injections de calomel** (Un caso di emorragie multiple prodotta da iniezioni di calomelano), par P. DE FAVENTO. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 6 juillet 1914.

Un homme de 24 ans présente dix-sept jours après une injection de néo-salvarsan et cinq jours après la troisième injection de calomel un exanthème scarlatiniforme. Quelques jours après se produisent des hémorragies sous cutanées, accompagnées d'hématuries, d'épistaxis et ultérieurement, d'hémorragie de la rétine. Six mois plus tard le malade reçoit une injection de calomel qui est suivie au deuxième jour d'un nouvel exanthème, tandis qu'une injection ultérieure de néo-salvarsan ne donne lieu à aucun accident. Il semble donc justifié d'attribuer au calomel les accidents exanthématiques et hémorragiques.

PELLIER.

**Accidents graves consécutifs aux injections intramusculaires de benzoate de mercure**, par Louis BROcq. *Le Bulletin Médical*, 13 juillet 1918, p. 299.

*Observation I.* — Homme de 39 ans traité depuis plusieurs mois à la consultation externe pour une syphilis secondaire. A la suite d'une injection intrafessière de benzoate de mercure à la dose de 1 centigramme 1/2, la fesse augmente rapidement de volume et devient douloureuse. En 24 heures, douleurs extrêmement vives, insomnie. En 3 jours la tuméfaction s'étend; on craint que toute la fesse ne s'escarifie. Le malade se décide à se faire hospitaliser: repos absolu, onction à la pommade au collargol au 1/15 et enveloppements humides. En 24 heures, les douleurs s'atténuent, la tuméfaction diminue, formation de phlyctènes et de petites escarres superficielles. Guérison en 3 semaines.

*Observation II.* — Homme de 32 ans en traitement à l'hôpital pour lésions

de syphilis secondaire des muqueuses. Les premières injections de benzoate de mercure sont bien supportées; aussitôt après la septième injection apparition de violentes douleurs et augmentation graduelle du volume de la fesse. Même traitement que pour le malade précédent, mal suivi d'ailleurs. En 4 jours formation d'une vaste escarre de 15 centimètres sur 10, entourée d'une large zone érythémateuse. Élimination de l'escarre en 40 jours. Cicatrisation lente, incomplète au bout d'un mois.

Étant donné l'évolution des accidents, le mode d'apparition de la tuméfaction et des douleurs, et leur augmentation progressive pendant les 48 premières heures, les signes constatés, B. donne des accidents observés l'interprétation suivante: l'aiguille a blessé un vaisseau dans la profondeur, sans le perforer puisque le sang n'est pas sorti de l'aiguille avant l'adaptation de la seringue. Le liquide de l'injection introduit dans la paroi vasculaire l'a détruite et dès que celle-ci a été détruite l'hémorragie s'est produite. Le sang et le liquide mélangé ont infiltré les tissus musculaires, aponevrotiques et cutanés. Le mélange n'avait pas une causticité suffisante pour produire d'emblée l'escarrification qui n'a pu se produire que par l'effet de causes adjuvantes comme la marche, le refus de pansement (2<sup>e</sup> observation). Cette hypothèse explique la rareté extrême de ces accidents et leur production sans qu'on ait commis la moindre faute de technique.

R. J. WEISSENACH.

**Essais biologiques sur le luargol (102 de Danysz)**, par YAKUNOFF et WASSILEVSKY. *Comptes rendus des séances de la Société de Biologie*, 21 avril 1917, p. 387.

La dose mortelle du médicament par voie intra-veineuse est de quatre milligrammes pour une souris de 20 grammes. La dose thérapeutique nécessaire dans le traitement de la dourine expérimentale est de un milligramme (exactement 0 gr. 0011). L'index thérapeutique, rapport entre la dose curative et la dose tolérée est de 1 : 3 supérieur à celui du salvarsan; Y. et W. en concluent que le luargol est un très bon produit chimiothérapique.

R.-J. WEISSENACH.

**Arsénobenzol et novarsénobenzol dans la syphilis** (Salvarsan and neosalvarsan in Syphilis), par OARSBY. *The Journal of the American Medical Association*, 1917, p. 949.

Revue générale très complète. De ses observations personnelles, O. conclut que l'arsénobenzol et le novarsénobenzol ont, au point de vue clinique, une action sensiblement égale, mais, qu'au point de vue sérologique, l'arsénobenzol est supérieur. D'une façon générale, il préconise, cependant, l'emploi du novarsénobenzol parce que moins toxique, donnant moins de réactions immédiates et plus facile à injecter.

S. FERNET.

**Étude comparative sur l'arsénobenzol et le novarsénobenzol dans le traitement de la syphilis** (A comparative study of salvarsan and neosalvarsan in the treatment of syphilis), par TRIMBLE et ROTHWELL. *Journal of the American Medical Association*, 30 décembre 1916, p. 1984.

De l'étude comparative sur les deux médicaments, T. et R. concluent à la supériorité du novarsénobenzol. Au point de vue clinique les deux médi-

caments leur ont paru avoir la même activité, mais, au point de vue sérologique, le novarsénobenzol a été nettement supérieur à l'arsénobenzol chez les 110 malades auxquels ils ont pratiqué des réactions de Wassermann répétées.

S. FERNET.

**Sur l'état des urines après l'injection intraveineuse du salvarsan** (Sul comportamento dell'urina dopo la iniezione endovenosa di salvarsan), par C. CAVINA. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 7 octobre 1917, p. 263.

Dans les 24 heures qui suivent l'injection la quantité d'urine est légèrement diminuée ce qui peut dépendre, en dehors des réactions fébriles, de la diète à laquelle sont maintenus les malades. Elle est d'une couleur rouge souvent caractéristique plus marquée dans les cas où l'on note de l'hématoporphyrinurie. Le poids spécifique n'est pas sensiblement modifié. L'albuminurie est très rare. Au contraire, pour des doses de salvarsan moyennes (0,30), l'urobiline apparaît ou augmente; elle diminue après quelques jours pour disparaître en une semaine. L'hématoporphyrinurie s'y rencontre dans 40 pour 100 des cas et disparaît également vers la fin de la première semaine. Le sédiment urinaire ne présente pas de variations notables. En un seul cas, C. a observé des cylindres hyalins et granuleux. Il est plus fréquent d'y trouver des hématies ou des leucocytes.

PELLIER.

**Hématoporphyrinurie due au salvarsan** (Ematoporfirinuria da salvarsan), par C. CAVINA. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 21 nov. 1917, p. 345.

L'injection intra-veineuse de salvarsan à doses thérapeutiques est assez fréquemment (40 pour 100) suivie d'une élimination par l'urine de quantités plus ou moins fortes d'hématoporphyrine. Ce phénomène semble dépendre d'une énorme destruction d'hémoglobine avec production d'hématoporphyrine, qui grâce à un état transitoire d'insuffisance hépatique, n'est pas retenue par le foie et éliminée sans modification par la voie rénale.

PELLIER.

## VARIÉTÉS. — NOUVELLES

**Clinique des maladies cutanées et syphilitiques de l'hôpital Saint-Louis.** — Programme de l'enseignement : M. le Pr JEANSELME : Cliniques, le vendredi, à 10 heures, à l'amphithéâtre de la clinique.

*Objet du cours :* La syphilis (nouvelles méthodes d'investigation appliquées à la clinique. Les médications antisiphilitiques).

Les mercredis, à 10 heures, présentations de malades, à la policlinique de la salle Henri IV.

Les mardis et jeudis, à 8 h. 3/4, examen des malades externes à la policlinique; à 10 heures, visites dans les salles (salles Henri IV et Saint-Louis).

Les samedis, à 9 heures, examen des malades, à la salle des consultations externes de l'hôpital.

**Cliniques des maladies cutanées et syphilitiques.** — M. GOUGEROT, agrégé, fait tous les dimanches, à 10 heures, dans l'amphithéâtre des cliniques de l'hôpital Saint-Louis, une série de *Conférences sur les grandes modifications dermatologiques*.

**Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.** — M. GOUGEROT, agrégé, a repris les consultations du lundi après-midi, à la porte de l'hôpital Saint-Louis, et les continue les lundis suivants sauf les jours fériés : Présentation de malades, diagnostics et traitements.

**Hôpital de la Pitié et hôpital Saint-Louis.** — Sur la proposition de M. Henri Rousselle, le conseil municipal de Paris vient de prononcer le renvoi à l'administration d'une proposition de M. Paul Fleurot tendant à la création, à l'hôpital de la nouvelle Pitié et à l'hôpital Saint-Louis, de nouveaux services d'oto-rhino-laryngologie.

**La lutte contre la tuberculose et contre les affections vénériennes.** — Par arrêté du ministre de la Marine, il est institué au ministère de la Marine une Commission chargée d'étudier les questions d'ordre général intéressant la prophylaxie de la tuberculose dans la marine et de proposer les mesures destinées à prévenir et combattre le développement de cette maladie.

Une commission analogue est instituée en ce qui concerne la prophylaxie des infections vénériennes dans la marine.

**La lutte antivénérienne.** — Le conseil municipal de Paris vient de décider le renvoi à l'administration d'une pétition de M. Anzoulay relative aux mesures à prendre pour favoriser la lutte antivénérienne.

**Faculté de Médecine de Nancy.** — M. SPILLMAN, agrégé des Facultés de Médecine, chargé d'un cours complémentaire de clinique des maladies syphilitiques et cutanées à la Faculté de Médecine de l'Université de Nancy, est nommé professeur de clinique médicale des maladies syphilitiques et des maladies cutanées à ladite Faculté.

*Le Gérant :* Pierre AUGER.



